

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N^o

THÈSE

Année 1901

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 13 Mars 1901

Par M. Georges CHOLET

Né à Paris, le 5 Novembre 1874

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

— DC —

L'ORCHITE

DES

TYPHIQUES

Président : M. LANDOUZY, Professeur.

M. FOURNIER, Professeur.

Juges : M. LETULLE, Professeur agrégé.

M. LAUNOIS, Professeur agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1901



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550226_0063

L'ORCHITE DES TYPHIQUES

UNIVERSITÉ DE PARIS, FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie.....	BERGER.
Thérapeutique et matière médicale....	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	N...
Clinique médicale.....	CHANTEMESSÉ
Clinique des maladies des enfants.....	JACCOUD.
Clinique des maladies syphilitiques.....	HAYEM.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'en- céphale.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies nerveuses	DEBOVE.
	GRANCHER.
	FOURNIER.
	JOFFROY.
	RAYMOND.
	DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	LE DENTU.
	TILLAUX.
	TERRIER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires.....	GUYON.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIERY.
ANDRÉ.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
BONNAIRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BROCA (André).	GILLES de la TOURETTE.	MÉNÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA (Aug.).	HARTMANN.	MÉRY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS	ROGER	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS	SEBILEAU.	WIDAL.
DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Le Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1901

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 13 Mars 1901

Par M. Georges CHOLET

Né à Paris, le 5 Novembre 1874

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS
MÉDAILLE DE BRONZE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE

L'ORCHITE

DES

TYPHIQUES



Président : M. LANDOUZY, Professeur.

Juges : { M. FOURNIER, Professeur.
 { M. LETULLE, Professeur agrégé.
 { M. LAUNOIS, Professeur agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1901

*Je me fais un honneur d'exprimer ma respectueuse gratitude
à mon Président de Thèse*

MONSIEUR LE PROFESSEUR LANDOUZY

Professeur de Thérapeutique à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Laënnec
Membre de l'Académie de Médecine,
Chevalier de la Légion d'honneur

A MESSIEURS

BARIÉ

Médecin de l'Hôpital Laënnec

LETULLE

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital Boucicaut

DE GENNES

Médecin de l'Hôpital Boucicaut

DOLÉRIS

Accoucheur de l'Hôpital Boucicaut

GÉRARD-MARCHANT

Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut

JACQUET

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

POLAILLON

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Chirurgien des Hôpitaux

DE BEURMANN

Médecin de l'Hôpital de Lourcine

LEGRY

Médecin des Hôpitaux

MICHAUX

Chirurgien de l'Hôpital Broussais

RICHELOT

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis

RECLUS

Professeur agrégé à la Faculté de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Laënnec

MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

*Je me fais un devoir de les remercier pour les doctes enseignements
qu'ils m'ont donnés et pour les marques du si bienveillant intérêt qu'ils ont
toujours bien voulu me témoigner.*

L'ORCHITE DES TYPHIQUES

INTRODUCTION

La fièvre typhoïde est une maladie infectieuse au premier chef.

Les bacilles d'Eberth, cantonnés dans l'intestin et les ganglions mésentériques, provoquent d'abord, par leur multiplication et leur développement dans la muqueuse de l'iléon et du cœcum, les lésions anatomiques pathognomoniques de la dothiéntérie; puis, à une certaine période de la maladie, ils pénètrent dans les voies sanguines et sont entraînés par la circulation.

Ils s'en vont ainsi, lancés par le sang ou par la lymphe, porter leur action ou *celle de leurs toxines* sur les viscères proches ou éloignés, s'arrêtant « soit au hasard des milieux organiques qu'ils traversent, soit au niveau

NOTA. — Nous n'avons pas cru devoir réunir en un index bibliographique les indications des ouvrages que nous avons consultés. Nous avons pensé qu'il serait préférable de trouver, au fur et à mesure de la lecture, les références auxquelles on pourra se reporter.

d'un obstacle (lésion préexistante), qui modifie les conditions circulatoires de telle région, voire même de tel organe antécédemment pathologique (1) ».

L'infection se généralise.

« De plus, comme le dit CHARRIN, la maladie infectieuse prépare la maladie infectieuse ; l'infection souvent se combine à l'infection. » En effet, sur l'organisme affaibli, l'infection ayant frappé plus ou moins toutes les fonctions, les parasites accidentels trouvent un terrain favorable, envahissent les tissus et créent les infections secondaires. « Dans la dothiéntérie, écrit CHANTEMESSE (2), tout concourt à favoriser la pénétration et la pullulation dans l'économie des germes étrangers au virus typhique lui-même : l'altération de toute l'économie pendant une maladie fort longue, la faiblesse qui en est la suite, les fermentations anormales qui se poursuivent dans toute l'étendue du tube digestif, l'accumulation de produits septiques dans les premières voies de la respiration, les ulcérations qui siègent dans l'intestin, l'estomac, la gorge, le larynx et surtout l'entrave mise aux procédés de défense de l'organisme par la présence dans le sang des toxines élaborées par la première infection. »

Et finalement il n'est pas de système organique qui ne soit touché, soit par le bacille d'Eberth, soit par sa toxine, soit concurremment par l'un et par l'autre, soit enfin par des microbes d'infection secondaire. C'est ainsi

(1) LETULLE, l'Inflammation.

(2) CHANTEMESSE, Traité de médecine de CHARCOT et BOUCHARD, article Fièvre typhoïde.

que KAMEN, BALP, VINCENT, DODDI, JEMMA, etc., ont observé des méningites causées par le bacille typhique ; VALENTINI, LORIGA et PENZUTI, CHARRIN et ROGER, FERNET, des pleurésies typhoïdiques ; FOA et BORDONI, UFFREDUZZI, MYA et BELFANTI ont cité des cas de pneumonie typhoïdique et aussi un cas de broncho-pneumonie avec orchite ; ROUX et VINAY, un cas d'abcès de la rate ; LEUDET (1), HOFFMANN, LIEBERMEISTER ont observé des mammites de même origine ; CHANTEMESSE, des angiocolites suppurées ; FRANKEL, des péritonites ; COLZI, DÉHU rapportent des cas de suppuration de la glande thyroïde ; RAYMOND, PATELLA, BUCALOSSI, des cas d'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané ; EBERMEYER, MARTHA, ACHALME, CORNIL et PÉAN, BARBACCI, BUSCHKE, FUNKE, des cas de périostite et d'ostéite.

On le voit, l'infection typhique ne respecte aucun appareil de l'économie et pas plus l'appareil génital que tout autre. On connaît en effet l'ovarite, la salpingite, l'hématocèle péri-utérine, qui surviennent, bien rarement il est vrai, soit dans le cours, soit dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

Parmi ces complications génitales, la plus fréquente, à coup sûr, est l'inflammation de la glande mâle.

C'est le sujet de cette étude.

L'orchite typhoïdique est, en effet, l'inflammation du testicule ou de ses annexes, survenant pendant le cours ou la convalescence de la fièvre typhoïde, et causée par la localisation sur l'appareil testiculaire, soit du bacille d'Eberth, soit de microbes d'infection secondaire.

(1) LEUDET, Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Rouen, 1874.

L'orchite et l'épididymite sont considérées ensemble dans ce travail ; car, bien qu'elles puissent se présenter seules comme complication ou suite de la fièvre typhoïde, leur association est si intime et si fréquente que leur séparation ne nous semblerait guère justifiée.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Deux phases : phase d'indications, phase de faits cliniques.

L'étude des altérations d'origine typhique de la glande séminale est de date relativement récente, et LOUIS (Recherches sur la fièvre typhoïde, 1829), CHOMEL (Leçons cliniques, 1834), BOUILLAUD (Cliniques médicales de la Charité, 1837) ne mentionnent pas l'orchite parmi les complications de la fièvre typhoïde.

La première référence que nous avons pu obtenir sur ce sujet se trouve dans VELPEAU (1) (1844). « On voit, dit-il, à la fin de quelques fièvres graves, de la dothièmentérie, de la variole, de certaines affections articulaires, de certaines maladies des os, de l'infection purulente, une orchite aiguë survenir sans autre cause extérieure appréciable. Le mal dépendant, en pareil cas, d'une cause générale, d'une altération profonde des fluides, constitue nécessairement une inflammation plus grave que dans les cas indiqués jusqu'ici. Tantôt inégale et lente, tantôt d'une très grande rapidité dans son développement, l'orchite ainsi survenue se termine, souvent et en général, très vite, par suppuration. »

Toutefois, avant VELPEAU, il faut citer MARCUS (2), qui,

(1) VELPEAU, Dictionnaire de médecine, 2^e édition, tome XXIX, 1844.

(2) MARCUS, *Archiv für medicinische Erfahrungen*, Berlin, 1812.

en 1812, rapporte un cas de suppuration du scrotum dans une observation de « fièvre nerveuse ».

D'autre part, en 1847, DE LARROQUE (1) écrit, dans son *Traité sur la fièvre typhoïde*, à propos des altérations des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme : « Si les différentes parties de l'appareil génito-urinaire offraient des altérations un peu fréquentes et d'une certaine importance, je prendrais, comme Louis, la peine de les examiner soigneusement ; mais comme il résulte des documents anatomiques et de l'observation journalière que les lésions de ces organes sont très rares, tout à fait accidentelles et en général fort insignifiantes, nous ne croyons pas laisser une lacune dans notre travail en omettant d'en parler avec quelque détail. »

Et sur 105 observations de fièvre typhoïde que DE LARROQUE publie, il ne s'est pas rencontré une fois une orchite.

Plus tard, VIDAL DE CASSIS, SMYTTRE (2) constataient en deux ou trois lignes l'existence de ces orchites consécutives, sans se préoccuper d'ailleurs de la pathogénie de cette affection.

Bien plus, CURLING et son traducteur J. HARLEY, dans l'article *Enteric fever* du *System of medicine* de RAYNOLDS, G. MURRAY, HOMPIREY dans l'article *Testicule* du *System of surgery* de HOLMES, ERICHSEN, GROSS, dans leur *Traité de chirurgie*, n'en font aucune mention.

Toutefois, COGOMBLES (3), dans son travail inaugural (thèse Paris, 1858) sur l'orchite aiguë, disait dans un cha-

(1) DE LARROQUE, *Traité de la fièvre typhoïde*. Paris, 1847.

(2) SMYTTRE, *Des diverses espèces d'orchites aiguës* ; thèse Paris, 1853.

(3) COGOMBLES, *De l'orchite aiguë*. Thèse de doctorat. Paris, 1858.

pitre intitulé *De l'orchite symptômatique des fièvres graves ou des états affectifs profonds de l'économie* : « Nous ne mentionnons que pour remplir notre cadre ces variétés d'orchite, car, dépendant de l'état général qui les a fait naître, elles lui empruntent toute leur gravité, et ne sont guère l'objet d'indications spéciales.

« C'est là, ajoute-t-il, un phénomène cachectique analogue aux abcès, aux gangrènes que l'on rencontre parfois sur divers points du corps, aux localisations des états inflammatoires généraux. »

En 1860, HARDY (1), dans son étude sur les inflammations, du testicule, constate que l'on peut voir « les testicules devenir volumineux et s'enflammer en dehors de toute lésion des organes génito-urinaires, sans qu'on puisse rattacher ce phénomène à autre chose qu'à un virus ou à un agent spécifique introduit dans l'économie et dépendant d'une maladie générale. »

Comme on le voit, jusqu'ici, il n'est fait qu'allusion à l'orchite typhoïde, aucune observation de la maladie n'a été mise au jour.

C'est en effet en 1864 seulement que CHÉDEVERGNE (2) publie le premier fait clinique, et encore est-il fort incomplet.

Mais en 1867 BOUCHUT (3) signale un second cas d'orchite. Il s'agissait d'une dothiéntérie chez un enfant de quatre ans; la maladie se compliqua d'une parotidite

(1) HARDY, Etude sur les inflammations du testicule. Thèse Paris, 1860.

(2) CHÉDEVERGNE, Thèse Paris. 1864.

(3) BOUCHUT, Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance. 5^e édition, 1867.

gauche suppurée. En outre, le vingtième jour, le scrotum devint douloureux et se remplit de sérosité; le testicule, l'épididyme et le cordon spermatique participèrent à l'inflammation. L'état général était grave, et la mort s'ensuivit.

En 1872, DUFFEY (1) relève 18 cas d'orchites développées pendant la convalescence de la fièvre de Malte. Il n'y avait pas de gonorrhée antérieure, ni aucune autre cause bien définie et l'auteur pense qu'elles étaient d'origine rhumatismale.

Parmi ces observations, quelques-unes ont bien l'apparence de fièvre typhoïde; néanmoins il n'est guère possible de l'affirmer (2).

Ce n'est qu'en 1873 qu'un médecin français donne une observation complète de l'orchite typhoïdique.

(1) Georges F. DUFFEY, *Dublin journal of medical science*, t. LIII.

(2) OLLIVIER, *Revue de Médecine*, 1883, dans la première partie de son mémoire, pense qu'il s'agit bien d'orchites typhoïdiques.

« La nature de cette fièvre a longtemps exercé la sagacité des médecins anglais que leur situation dans l'armée ou dans la marine obligeait à séjourner un temps plus ou moins long dans cette île. Le docteur MARSTON (*Marston, Army medical Reports, 1861*) en 1861 et le docteur CHARTERS en 1865 (*Charters, ibidem, 1865*) donnèrent les premiers, je crois, une bonne description de cette fièvre de Malte et la regardèrent comme une fièvre rémittente gastrique, parce que, disent-ils, assez souvent les taches rosées manquent de même que les lésions intestinales. En 1866, le docteur BOILEAU (*Army medical Reports, 1866*) étudia à son tour avec beaucoup de soin cette fièvre rémittente gastrique, et la considéra, pour certains cas du moins comme une fièvre typhoïde; d'ailleurs les tracés thermométriques, dont il accompagne son mémoire, démontrent nettement qu'il s'agit là non d'une fièvre rémittente, mais bien d'une fièvre continue. Ce ne fut qu'en 1872 que l'identité d'un grand nombre de ces fièvres avec la fièvre typhoïde fut enfin reconnue par le docteur DUFFEY ».

Mais dans la deuxième partie de son étude, OLLIVIER considère quinze des cas observés par DUFFEY comme des cas d'orchite rhumatismale sans rapport direct avec la dothiéntérie. Une seule de ces observations est pour lui d'origine typhoïdique.

HANOT (1) fit paraître, dans le Bulletin de la Société anatomique, une observation d'orchite du plus grand intérêt : on la trouvera insérée *in extenso* à la fin de notre travail. C'était le premier fait clinique instructif publié avec quelques détails.

Désormais, l'attention était attirée de ce côté et les exemples de la complication vont devenir plus fréquents.

En 1874, CERVELLE (2), dans sa thèse inaugurale, rapporta deux nouveaux cas de dothiéntérie avec orchite développée au cours de la convalescence.

Et cependant, malgré l'apparition de ces cas, KOCHER (3) en 1874 ne faisait aucune mention de l'orchite typhoïde dans son traité des maladies du testicule, et deux ans plus tard, LIEBERMEISTER (4) ne fait que signaler cette manifestation testiculaire qu'il aurait rencontrée trois fois sur 200 cas de dothiéntérie.

En 1877, WIDAL (5), médecin principal de l'armée, présente à la Société clinique trois nouveaux cas d'inflammation du testicule ou de ses annexes.

Il rappelait le même jour dans le travail, qu'il présentait à la société « *sur les fièvres typhoïdes compliquées d'orchite* », le cas observé dans le service de VILLEMEN et que VALLIN (6) avait signalé dans ses annotations à la

(1) HANOT, Bulletin de la Société anatomique de Paris, année 1873, 5^{me} série, tome VIII.

(2) CERVELLE, Thèse Paris, 1874.

(3) KOCHER (Theodor), Krankheiten des Hodens und seiner Hüllen, des Nebenhodens Samenstrengs und der Samenblasen in Handbuch der allgemeinen und speciellen Chirurgie von Pitha und Billroth, tome III 2^{me} partie, 1874.

(4) LIEBERMEISTER, Ziemssen's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapeutique, 1874.

(5) WIDAL, Bulletin de la Société clinique de Paris, 1877-1878.

(6) GRIESINGER, Traité des maladies infectieuses, traduit par LEMAITRE, 2^{me} édition, revue et annotée par E. VALLIN, 1877.

deuxième édition du Traité des maladies infectieuses de GRIESINGER. Ces communications de WIDAL furent l'occasion d'une très intéressante discussion à laquelle prirent part MM. BUCQUOY, DIEULAFOY, VALLIN, HALLOPEAU, LEREBoullet, DESNOS, CAMPENON et LE DENTU.

Notamment DIEULAFOY (1), dans cette discussion, fit savoir qu'il avait observé un cas qui se termina par suppuration à la fin du quinzième jour, et LEREBoullet (2) rapporta qu'il avait vu, dans le cours d'une épidémie de fièvre typhoïde caractérisée par la fréquence des complications viscérales et suppuratives, deux orchites survenues pendant la convalescence, mais qui se terminèrent sans suppuration.

Et chaque année apportait de nouvelles observations de cette orchite qui jusqu'alors paraissait si exceptionnelle.

En 1878, HANOT (3), revenant sur sa précédente publication, relatait, dans les *Archives de médecine*, une revue clinique sur « l'orchite typhoïde ». Dans son étude, il rappelait son ancienne observation, et en ajoutait trois nouvelles, l'une recueillie par l'auteur dans le service de BUCQUOY, l'autre observée par BOUILLY, la troisième, enfin, provenait du service de LASÈGUE.

La même année, SABOURIN (4) lisait à la Société clinique, à l'appui de sa candidature, un nouveau cas recueilli dans le service de MONOD. HUCHARD (5), en discutant cette

(1) DIEULAFOY, Bulletin de la Société clinique de Paris, 1877-1878.

(2) LEREBoullet, *ibidem*.

(3) HANOT, *Archives générales de médecine*, 1878, vol. II.

(4) SABOURIN, Bulletin de la Société clinique de Paris, 1878-79.

(5) HUCHARD, Bulletin de la Société clinique de Paris, 1878-1879.

observation, communiquait lui-même un nouvel exemple de la complication testiculaire.

Cette orchite typhoïdique semble avoir échappé à l'observation de MURCHISON, qui n'en parle pas dans aucune des deux éditions de son important ouvrage (*Murchison heatise and continued fever, London, 1860 et 1873; et traduction française par le docteur Lutaud, avec une introduction de M. Henry Guéneau de Mussy (Paris, 1878).*

En 1881, ELLYS (1) observa à Malte quatre orchites consécutives à des fièvres de Malte, mais il ne nous paraît pas possible de considérer ces cas comme complications de la dothiéntérie.

Peu de temps après, en 1882, LAVERAN (2), au cours de son article sur les oreillons, dit qu'il a observé quatre cas d'orchite à la suite de la fièvre typhoïde. Ces cas furent d'ailleurs plus complètement rapportés l'année suivante par OLLIVIER (3).

La même année 1882, MANLEY (4) observa, chez un convalescent de fièvre typhoïde peu grave, des phénomènes d'inflammation du testicule gauche survenus très brusquement.

En même temps, LARQUIER (5), qui avait observé deux cas personnels d'orchite et d'épididymite typhoïdiques, prenait cette complication comme sujet de thèse, et HAMILTON (6) faisait paraître dans *The Lancet* l'observation d'un jeune officier de Dublin, qui en fut atteint également.

(1) ELLYS, *The Lancet*, 22 janv. 1881.

(2) LAVERAN, Dictionnaire encyclop. des sciences méd. 1882, tome XVII.

(3) OLLIVIER, *loco citato*.

(4) MANLEY, *The Lancet*, 1882.

(5) LARQUIER, Thèse Paris 1882.

(6) HAMILTON, *The Lancet*. 6 décembre 1882.

C'était le 24^e cas que les cliniciens avaient eu l'occasion de rencontrer jusqu'à cette époque. ELOY (1) en publia un 25^e dans l'*Union médicale* du 18 novembre 1882. Cette observation fut reproduite l'année suivante dans la thèse de SADRAIN (2), où l'on trouvait en outre une observation personnelle concernant un jeune malade de 19 ans.

En 1883, dans un numéro de *The Lancet*, HARRISON (3) présentait un nouveau malade.

A la même époque, Auguste OLLIVIER (4) faisait paraître dans la *Revue de médecine* un travail très documenté et très complet sur l'orchite typhoïdique. L'auteur, dans cette étude, émet l'opinion que cette manifestation est plus fréquente qu'on ne le croit, et il rapporte les 24 cas qu'il avait pu réunir. Il y ajoutait trois nouveaux cas, qu'il lui avait été donné d'observer.

Ce travail d'OLLIVIER fait date dans l'histoire de l'orchite typhoïdique. Depuis cette étude, aucune autre bien complète n'a été publiée.

A l'étranger, nous l'avons vu, MURCHISON (5), dans son livre classique sur *les fièvres*, ne parle même pas de l'orchite comme complication ou suite de la fièvre typhoïde.

STRUMPELL (6), PEPPER (7), ROBERTS (8), DRESCHFELD (9),

(1) ELOY, *Union médicale*, 18 novembre 1882.

(2) SADRAIN, Thèse de Paris, 1883.

(3) HARRISON, *The Lancet*, 1883.

(4) OLLIVIER, *loco citato*.

(5) MURCHISON, *The continued fevers of Great Britain*, London, 3^e édition.

(6) STRUMPELL, *A Text-book of Medicina*, Vickery's translation. New-York, 1887.

(7) PEPPER, *A Text-book of the Theory and Practica of Medicina*, vol. I. Philadelphia, 1893.

(8) ROBERTS, *The Theory and Practica of Medicina*, ninth édition. Philadelphia, 1894.

(9) DRESCHFELD, *A system of Medicina*, edited by Allbutt, vol. I, New-York, 1896.

et ANDERS (1) ne consacrent que quelques lignes à ce sujet ; même on ne trouve aucune mention sur l'orchite de la fièvre typhoïde dans les ouvrages de BARTHOLOW (2), LOOMIS (3), FAGGE (4), LYMAN (5), FLINT (6), TYSON (7), WOOD et FITZ (8).

Mais par contre, à une époque plus récente, WESCOTT (9), en 1898, analyse 32 cas de cette complication et ESHNER (10) réunit 42 cas, les seuls qui aient été publiés jusqu'alors.

En France, ARNOULD et LEMOINE (11), au cours de leur article sur la fièvre typhoïde, dans le Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, insistent peu sur la complication testiculaire.

MOLLIÈRE et AUGAGNEUR (12), à propos des inflammations du testicule, analysent les 29 observations connues au moment de la publication de leur article et relatent en même temps une observation personnelle.

D'autre part, Ferdinand DREYFOUS (13), dans le Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, s'étend

(1) ANDERS, A Text-book of the Practice of Medicine. Philadelphia, 1898.

(2) BARTHOLOW, A Treatise on the Practice of Medicine, fifth édit. New-York, 1883.

(3) LOOMIS, A Text-book of the Practice of Medicine. New-York, 1884.

(4) FAGGE, The Principles and Practice of Medicine. Philadelphia, 1886.

(5) LYMAN, A Text-book of the Principles and Practice of Medicine. Philadelphia, 1892.

(6) FLINT, A Treatise on the Principles and Practice of Medicine, seventh éd. (Henry's revision). Philadelphia, 1893.

(7) TYSON, The Practice of Medicine. Philadelphia, 1896.

(8) FITZ, The Practice of Medicine. Philadelphia, 1894.

(9) WESCOTT, The surgical Complications and sequels of typhoid fever. Philadelphia, 1898, page 279.

(10) ESHNER, Orchitis or epididymitis as a complication or sequel of typhoid fever. *Philadelphia medical journal*, 1898, tome I.

(11) Dictionnaire encyclopédique des sc. méd., article Fièvre typhoïde.

(12) Dictionnaire encyclopédique de sciences méd., article Testicule.

(13) Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, article Fièvre typhoïde.

assez longuement, dans son article relatif à la fièvre typhoïde, sur les orchites qui peuvent survenir durant la convalescence.

Les traités classiques ne peuvent forcément trop s'étendre sur cette complication relativement rare.

Toutefois, MONOD et TERRILLON (1), dans les maladies du testicule, et RECLUS (2), dans le Traité de chirurgie, y consacrent quelques pages.

LEGRY (3), dans le Manuel de médecine, et THOINOT (4), dans le Traité de médecine et de thérapeutique, signalent la complication et en donnent l'explication pathogénique la plus vraisemblable.

Cependant les observations, depuis OLLIVIER, se sont multipliées et les faits cliniques recueillis ont permis de parfaire l'étude de cette complication, d'en étudier et le mécanisme et la bactériologie, de voir quelle place elle tient dans le cours de la fièvre typhoïde, quelle est son influence sur l'évolution, le diagnostic et le pronostic. Aux constatations cliniques de HANOT (5), de WIDAL père (6), d'OLLIVIER (7) sont venus s'ajouter les examens histologiques et bactériologiques de MÉNÉTRIER et THIROLOIX (8), de GIRODE (9) de MESSERER et GASSER (10), de LAUNOIS et LÉPER (11), etc.

(1) MONOD et TERRILLON, Maladies du testicule.

(2) DUPLAY et RECLUS, Traité de chirurgie.

(3) LEGRY, Manuel de médecine de DEBOVE et ACHARD, tome VIII.

(4) THOINOT, Traité de médecine et de thérapeutique de BROUARDEL et GILBERT, tome I.

(5) HANOT, *loco citato*.

(6) WIDAL père, *loco citato*.

(7) OLLIVIER, *loco citato*.

(8) PEIN, Thèse de doctorat, Paris, 1891.

(9) GIRODE, *Archives générales de médecine*, janvier 1892.

(10) MESSERER et GASSER, *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, tome XXV, 1895.

(11) Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 25 mai 1900.

D'autres observations moins complètes méritent d'être rapportées également ; car les commentaires dont s'accompagnait leur publication sont instructifs à plus d'un égard : ce furent celles de MOIZARD (1), de DESHAYES (2), d'HALBOUT (3), parues en 1885 dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* ; ce fut celle de KOCHER et TAVEL (4) mise au jour en 1887 et que PEIN (5) traduisait dans sa thèse en 1891, en même temps qu'il rapportait un cas personnel.

Deux ans avant la publication de la thèse de PEIN, SOREL (6) avait élaboré un consciencieux travail sur le sujet qui nous occupe : il rapportait trois nouveaux exemples de la complication testiculaire, observés sur 871 cas de fièvre typhoïde, de 1879 à 1888.

Après la communication de SOREL et la thèse de PEIN vint l'observation que GIRODE (7) avait eu la bonne fortune de rencontrer dans le service de MILLARD.

Ce qui donne de l'importance et de l'intérêt à cette observation, c'est surtout l'examen bactériologique qui l'accompagne et qui venait, à cette époque, confirmer une fois de plus la réalité du rôle pyogène du bacille d'Eberth, propriété que RENDU et DE GENNES (8) avaient déjà entrevue, que FRÆNKEL (9) avait plus tard affirmée.

(1) MOIZARD, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1885, article 12956.

(2) DESHAYES, *ibidem*, article 12986.

(3) HALBOUT, *ibidem*, article 13042.

(4) TAVEL, *Correspondenzblatt für schweizer Aerzte*, 1^{er} oct. 1886.

(5) PEIN, thèse Paris, 1891.

(6) SOREL, *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, tome VI, 3^e série, 1889.

(7) GIRODE, *loco citato*.

(8) *France médicale*, 1885.

(9) Congrès de Wiesbaden, 1887.

A côté de cette importante étude de GIRODE, parut en 1892, une thèse remarquable : celle de DÉHU (1) sur le rôle du bacille d'Eberth dans les complications de la fièvre typhoïde.

Puis de nouvelles observations apparaissent chaque année.

En 1895, ce sont celles de HUG (2), celle de MESSERER et GASSER (3), fort intéressante et accompagnée d'une étude bactériologique et pathogénique que nous aurons l'occasion de discuter à propos du mécanisme de la complication.

En 1896, SALLÈS et BARJON (4) montrèrent une nouvelle observation et, en 1897, BERTHOUD (5) fit paraître, dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, un essai critique très étudié sur le rôle du bacille d'Eberth dans cette complication.

L'année suivante, un médecin de Philadelphie, ESHNER (6), à propos de deux cas qu'il avait observés, analysait l'histoire des orchites dont l'observation avait été déjà publiée. Dans cette revue, l'auteur a réuni les 42 cas d'orchite qu'il a pu découvrir dans la littérature médicale. De ces 42 cas, 37 sont d'origine française, 2 d'origine anglaise, 2 d'origine américaine et 1 d'origine suisse.

En 1898, MM. BARONI et DESSY, dans la *Clinica medica* du 23 mars, firent paraître également une note sur

(1) DÉHU, thèse Paris, 1892-1893.

(2) HUG, *New-York medical journal*, 3 août 1895.

(3) MESSERER et GASSER, *loco citato*.

(4) SALLÈS et BARJON, *Gazette des hôpitaux*, 16 avril 1896.

(5) BERTHOUD, *Archives de médecine et de pharmacie militaires*, juillet 1897.

(6) ESHNER, *loco citato*.

l'orchite typhoïdique. Ils publiaient en même temps une observation d'orchite suppurée, qui est annexée à notre étude.

Et maintenant, pour achever cet exposé historique, il ne nous reste plus qu'à signaler l'article de AUDARD (1) dans les *Archives générales de médecine* du mois d'août 1899, puis la thèse soutenue dernièrement par CHALON (2), qui ne relate que 39 observations, et plus récemment encore la communication de MM. LAUNOIS et LÉPER (3), à la Société médicale des hôpitaux, séance du 25 mai 1900.

En résumé, les recherches, que nous avons faites nous ont permis de relever 57 observations d'orchite typhoïdique. A celles-ci, il faut en ajouter deux autres que nous avons recueillies dans deux thèses récentes, l'une de GOUBAUD (4), sur « les troubles cutanés dans la convalescence de la fièvre typhoïde », l'autre de BOULAND (5), intitulée : « Considérations cliniques sur une série de cas de fièvre typhoïde. »

A ces 59 cas d'orchite (6), nous sommes heureux de pouvoir apporter aujourd'hui notre appoint personnel consistant en six observations inédites, ce qui porte à 65 le nombre des cas observés : ils se trouvent tous consignés dans le tableau suivant :

(1) AUDARD, *Archives générales de médecine*, août 1899.

(2) CHALON, thèse de Paris, 1900. Contribution à l'étude de l'orchite typhoïdique.

(3) LAUNOIS et LÉPER, *loco citato*.

(4) GOUBAUD, thèse de Paris, 1900.

(5) BOULAND, thèse de Paris, 1900.

(6) Sur ces 59 cas, trois observations publiées à l'étranger n'avaient pas encore été traduites. Nous en donnons plus loin la traduction.

NUMÉROS	AUTEURS	RÉFÉRENCES	AGE	DATE D'APPARITION	DURÉE	AT
1	CHÉDEVERGNE...	Thèse Paris, 1864, c. f., LARQUIER et OLLIVIER.	17	11 ^e jour de la fièvre.	10 jours	Ga
2	BOUCHUT.....	Traité pratique des ma- ladies des nouveau- nés, 1867.	4	20 ^e jour de la fièvre.		Ga
3	DUFFEY.....	<i>Dublin Journal of me- dical science</i> , 1872.		Pendant la conva- lescence.		D
4	HANOT.....	<i>Bulletin de la Société Anatomique de Paris</i> , 1873.	18	13 ^e jour de la con- valescence.	28 jours	D
5	CERVELLE.....	Thèse de Paris, 1874, c. f., LARQUIER.	23	Pendant la conva- lescence.	1 mois	Ga
6	CERVELLE.....	<i>Ibidem.</i>	25	15 ^e jour de la con- valescence.	2 mois et demi	I
7	WIDAL.....	<i>Bulletins de la Société clinique de Paris</i> , 1877-1878, page 142.	Mili- taire	3 ^e jour de la conva- lescence.	8 jours	G
8	WIDAL.....	<i>Ibidem</i> , p. 143.	Mili- taire	10 ^e jour de la conva- lescence.	8 jours	I
9	WIDAL.....	<i>Ibidem</i> , p. 144.	Mili- taire	20 ^e jour de la conva- lescence.	6 jours	
10	DIEULAFOY....	<i>Bulletins de la Société clinique de Paris</i> , 1877-1878, p. 142.				..
11-12	LEREBOULLET...	<i>Ibidem.</i>		Pendant la conva- lescence.		..
13	HANOT.....	<i>Archives générales de médecine</i> , 1878, p. 596.	21	16 ^e jour de la conva- lescence.	9 jours	

ns

ALISATION	RÉSULTAT	REMARQUES
testicule et épididyme.	Guérison.	Fièvre typhoïde légère.
testicule et épididyme.	Mort.	Etat général grave. — Epanchement dans la vaginale.
testicule.	Guérison.	Fièvre typhoïde assez forte. — Suppuration. — L'abcès ouvert a laissé échapper une grande quantité de pus. <i>Etait-ce une fièvre typhoïde ou une fièvre de Malte ?</i>
testicule.	Issue de matière testiculaire. Dans la moitié droite du scrotum, un noyau dur ayant à peine le 1/3 du volume du testicule gauche.	L'urine contient une notable quantité de matières glaireuses où l'on ne trouve pas de spermatozoïdes. — Léger épanchement dans la vaginale. — Suppuration.
testicule et épididyme.	Noyau induré à la queue de l'épididyme.	Fièvre typhoïde grave.
testicule.	Le cordon reste gros, petit noyau induré sur l'épididyme.	Fièvre typhoïde grave, abcès laissant échapper des détritres de matière testiculaire.
testicule et épididyme.	Un petit noyau induré à la queue de l'épididyme.	Fièvre typhoïde de moyenne intensité à forme adynamique.
testicule et épididyme.	Un petit noyau induré à la queue de l'épididyme.	Fièvre typhoïde adynamique.
testicule et épididyme.	Petit noyau induré sur la queue de l'épididyme.	Fièvre typhoïde grave à forme adynamique, hématurie au début de la convalescence.
.....		Suppuration, ouverture de l'abcès le 15 ^e jour.
testicule.	Résolution.	L'orchite se termine sans suppuration.
testicule.	Guérison, le testicule droit reste un peu atrophié.	

RUMÉROS	AUTEURS	RÉFÉRENCES	AGE	DATE D'APPARITION	DURÉE	CO ATTI
14	HANOT.....	<i>Archives générales de médecine</i> , 1878, p. 596.	40	11 ^e jour de la convalescence.	8 jours	Dr
15	HANOT.....	<i>Ibidem.</i>	32	Pendant la convalescence.	19 jours	Dr
16	SABOURIN.....	<i>Bulletins de la Société clinique de Paris</i> , 1878, tome II, p. 229.	34	11 ^e jour de la convalescence.	10 jours	Dr
17	HUCHARD.....	<i>Ibidem</i> , p. 238.		Pendant la convalescence.		
18	LAVERAN.....	<i>Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales</i> , tome XVII, p. 352, 1882.	Militaire	Pendant la fièvre.	22 jours	Gau
19	LAVERAN.....	<i>Ibidem.</i>	32	3 ^e jour de la convalescence.	6 jours	Gau
20	LAVERAN.....	<i>Ibidem.</i>		Pendant la défervescence.		
21	LAVERAN.....	<i>Ibidem.</i>	22	5 ^e jour de la convalescence.	4 jours	
22	MANLEY.....	<i>The Lancet</i> , 6 décembre 1882, tome II, p. 1065.		Pendant la convalescence.	10 jours	Gau
23	LARQUIER.....	Thèse Paris, n° 203, 1882.	23	Au commencement de la convalescence.	16 jours	Gau
24	LARQUIER.....	<i>Ibidem.</i>	19	Pendant la défervescence.	9 jours	Gau
25	HAMILTON.....	<i>The Lancet</i> , tome II, p. 1039, 1882.		20 ^e jour de la convalescence.		D

suite)

SATION	RÉSULTAT	REMARQUES
tyme.	Guérison.	Fièvre typhoïde de moyenne intensité; le testicule paraissait légèrement augmenté de volume.
cule.	Guérison complète.	
cule.	Guérison, un petit kyste de la tête de l'épididyme à gauche et à droite.	Fièvre typhoïde légère.
cule.		
cule et tyme.	Induration de l'épididyme.	Fièvre typhoïde d'intensité moyenne.
cule et tyme.	Légère induration de l'épididyme.	L'épididyme était surtout atteint. — Le malade avait eu une orchite traumatique auparavant.
cule.	Guérison.	Fièvre typhoïde très grave; l'orchite suppura; ouverture du foyer fluctuant, la plus grande partie du testicule s'est éliminée par l'ouverture de l'abcès.
cule et tyme.	Induration de la tête de l'épididyme.	
cule.	Guérison.	Fièvre typhoïde légère.
cule et tyme.	Guérison. L'épididyme reste un peu volumineux, légère induration au milieu de la tête.	Fièvre typhoïde grave.
cule et tyme.	Légère tuméfaction du testicule et de l'épididyme.	Fièvre typhoïde d'une moyenne intensité.
cule.	Guérison.	Le scrotum ne fut pas enflammé, le cordon droit fut seulement douloureux à la pression.

NUMÉROS	AUTEURS	RÉFÉRENCES	AGE	DATE D'APPARITION	DURÉE
26	SADRAIN.....	Thèse Paris, 1883.	22	7 ^e jour de la fièvre.	
27	SADRAIN.....	Thèse Paris, 1883.	19	13 ^e jour de la convalescence.	18 jours
28	SEVESTRE.....	<i>Union médicale</i> , 18 novembre 1882 et Thèse SADRAIN.	47	13 ^e jour de la convalescence.	7 jours
29	HARRISSON.....	<i>The Lancet</i> , 1883, p. 997.		20 ^e jour de la convalescence.	4 semaines
30	OLLIVIER.....	<i>Revue de Médecine</i> , 1883 pp. 829 et 861.	20	15 ^e jour de la convalescence.	10 jours
31	OLLIVIER.....	<i>Ibidem</i> .	14	20 ^e jour de la fièvre, au commencement de la convalescence.	8 jours
32	OLLIVIER.....	<i>Ibidem</i> .	26 $\frac{1}{2}$	11 ^e jour de la convalescence.	14 jours
33	MOLLIÈRE ET AUGAGNEUR..	<i>Dictionnaire des Sciences médicales</i> .		A la fin de la convalescence.	8 jours
34	MOIZARD.....	<i>Journal de médecine et de chirurgie pratiques</i> , 1885.	23	15 ^e jour de la convalescence.	7 semaines
35	DESHAYES.....	<i>Journal de médecine et de chirurgie pratiques</i> , 1885, p. 355.	25	8 ^e jour de la convalescence.	
36	HALBOUT.....	<i>Ibidem</i> , p. 465.		12 ^e jour de la maladie.	
37	TAVEL.....	<i>Correspondenzblatt für schweizer Aerzte</i> , 1887, p. 590.	35	Fin de la fièvre.	5 semaines
38	JACCOUD.....	<i>Gazette des Hôpitaux</i> , 1896, et thèse CHALON, Paris, 1900.		Pendant la convalescence.	

suite)

SATION	RÉSULTAT	REMARQUES
cule.	Guérison.	
cule et dyme.	Induration légère du testicule.	Fièvre typhoïde de moyenne intensité, cinq jours avant le début de l'orchite, catarrhe passager des voies urinaires, épanchement dans la vaginale.
cule.	Guérison.	Le malade avait eu une orchite droite non blen- norrhagique dix ans auparavant.
cule et dyme.	Testicule très atrophié.	Suppuration, incision, fièvre typhoïde avec rechute.
cule et dyme.	Guérison.	Fièvre typhoïde ataxique; trois mois avant, oreillons et orchite droite avec atrophie consécutive.
cule.	Guérison.	Fièvre typhoïde légère à forme muqueuse.
cule.	Guérison. Le testicule reste sensi- ble au toucher.	Fièvre typhoïde assez grave.
dyme.	Guérison, le canal défé- rent était un peu douloureux et tuméfié.	
cule et dyme.	Guérison, légère tumé- faction au niveau du cordon, épидидyme in- duré.	Fièvre typhoïde grave, suivie de rechute, abcès du testicule, incision, issue de pus phlegmoneux.
cule.	Mort.	
cule.	Guérison.	Fièvre typhoïde grave; avant l'apparition de l'or- chite, rétention d'urine.
cule et dyme.		Suppuration, bacille d'Eberth trouvé dans le pus.
cule.	Guérison.	Suppuration durant un mois, due au bacille d'Eberth pur.

NUMÉROS	AUTEURS	RÉFÉRENCES	AGE	DATE D'APPARITION	DURÉE	AT
39	MÉNÉTRIER, THIROLOIX. . .	Thèse de Pein, Paris, 1891.	20	44 ^e jour de la mala- die.	12 se- maines	D
40	SOREL.	<i>Bulletin et Mémoires de la Société des Hôpi- taux de Paris</i> , 1889, p. 236.	23	4 ^e jour de la conva- lescence.	5 jours	D
41	SOREL.	<i>Ibidem.</i>		Convalescence.		Ga
42	SOREL.	<i>Ibidem.</i>		Convalescence.	8 jours	D
43	GIRODE.	<i>Archives générales de médecine</i> , janv. 1852, p. 43.	29	23 ^e jour de la ma- ladie.	6 jours	D
44	HUG.	<i>New-York Medical Jour- nal</i> , 1895, p. 151.	11	3 ^e semaine de la ma- ladie.	courte	Ga
45	HUG.	<i>Ibidem.</i>	28	3 ^e semaine de la ma- ladie.	6 se- maines	Gau D
46	MESSERER ET GASSER.	<i>Archives de médecine et de pharmacie mili- taires</i> , tome XXV, 1895, p. 228.	23	35 ^e jour de la fièvre.	2 se- maines	Ga
47	S ALLÈS ET BARJON.	<i>Gazette des Hôpitoux</i> , 26 avril 1896, p. 463.		23 ^e jour de la con- valescence.		D
48	BERTHOUD.	<i>Archives de médecine et de pharmacie mili- taires</i> , p. 1. (juillet 1897).	20	48 ^e jour de la fièvre.	10 jours	D
49	BERTHOUD.	<i>Ibidem.</i>		Pendant la conva- lescence.	5 se- maines	Ga
50	BRETON, de Di- jon.	<i>Journal des Praticiens</i> , 1897.	17	Début de la conva- lescence.	9 se- maines	D
51	ESHNER.	<i>Philadelphia Medical Journal</i> , 1898, p. 949.	39	Pendant la conva- lescence.	1 se- maine	Ga
52	HORVITZ.	<i>Ibidem.</i>	22	34 ^e jour après la dé- fervescence.	5 se- maines	Ga
53	KEEN.	<i>Ibidem.</i>	15	La fin de la conva- lescence.		D

uite)

ATION	RÉSULTAT	REMARQUES
ule. yme.	Atrophie du testicule.	Suppuration, bacille de la fièvre typhoïde trouvé dans le pus.
yme. ule.		
yme.	Mort.	Suppuration, bacille d'Eberth dans le pus.
yme.		Fièvre typhoïde de moyenne intensité.
ule et yme.	Très légère induration de l'épididyme.	Fièvre typhoïde grave, bacille d'Eberth trouvé dans le pus.
ule et yme.		Suppuration, bacille typhique trouvé dans le pus. Le malade a quitté l'hôpital avant la guérison.
ule et yme.	Légère induration de la queue de l'épididyme.	Fièvre typhoïde de moyenne intensité.
ule et yme.		Fièvre typhoïde adynamique, les urines contenaient des flots de mucus et de pus.
ule.	Guérison.	Suppuration avec bacille d'Eberth.
ule.	Guérison.	Fièvre typhoïde légère.
ule.	Une portion du testicule fut évacuée.	Fièvre typhoïde de moyenne intensité, suppuration. L'examen du pus montre la présence de cocci pyogènes et non de bacilles typhiques.
ule.	Le testicule resta un peu plus volumineux.	Au début de la convalescence, le malade avait eu une urétrite et de la furonculose.

NUMÉROS	AUTEURS	RÉFÉRENCES	AGE	DATE D'APPARITION	DURÉE	
54	BARONI ET DESSY	<i>Clinica Moderna</i> , 23 mars 1898.	20	A la fin de la convalescence.	5 semaines	I
55	AUDARD	<i>Archives Générales de médecine</i> , août 1899, p. 181.	18	Début de la convalescence.	1 mois	D
56	CHALON	Thèse Paris, 1900.	33	5 ^e jour de la convalescence.	8 jours	D
57	LAUNOIS ET LOEPER.	<i>Bulletin et Mémoires de Société médicale des hôpitaux de Paris</i> , 1900, p. 621.	40	38 ^e jour de la maladie.	52 jours	G
58	BOULAND	Thèse Paris, 1900. Considérations cliniques sur une série de cas de fièvre typhoïde.	30	16 ^e jour de la convalescence.	12 jours	I
59	GOUBAUD	Thèse Paris, 1900. Des troubles cutanés dans la convalescence de la fièvre typhoïde, p. 23.	26	Au début de la convalescence.	8 jours	
60	BARIÉ	Thèse Cholet, Paris, 1901.	28	50 ^e jour de la maladie. 22 ^e jour de la convalescence.	10 jours	
61	CHOLET	<i>Ibidem.</i>	25	36 ^e jour de la maladie.	9 jours	G
62	CHOLET	<i>Ibidem.</i>	19	30 ^e jour de la maladie.	17 jours	G
63	CHOLET	<i>Ibidem.</i>	22	28 ^e jour de la maladie.	7 jours	
64	CHOLET	<i>Ibidem.</i>	29	25 ^e jour de la maladie.	11 jours	
65	CHOLET	<i>Ibidem.</i>	31	Pendant la convalescence.	8 jours	

suite)

SITUATION	RÉSULTAT	REMARQUES
Scrofulule et lymph.	Guérison.	Fièvre typhoïde de moyenne intensité ; au cours de la maladie, le testicule avait été déjà douloureux. — Le foyer suppuratif qui fut ouvert laissa échapper du pus contenant le bacille d'Eberth.
Scrofulule et lymph.	Le testicule droit est redevenu normal, mais deux noyaux épидидymaires indurés.	Fièvre typhoïde légère.
Scrofulule et lymph.	Guérison.	
Scrofulule et lymph.	Guérison.	Fièvre typhoïde de moyenne intensité. Suppuration à bacilles d'Eberth.
Scrofulule et lymph.	Guérison.	Fièvre typhoïde de moyenne intensité, léger épanchement dans la vaginale. L'épididyme a gardé longtemps des traces de gonflement et d'induration.
Scrofulule et lymph.	Guérison.	Fièvre typhoïde grave et longue, suivie de rechute.
Scrofulule et lymph.	Guérison. Epididyme volumineux et induré.	Fièvre typhoïde de moyenne intensité. — Abscès de la nuque.
Scrofulule.	Résolution, pas de suppuration.	Fièvre typhoïde à forme pulmonaire, cas moyen.
Scrofulule.	Résolution.	Fièvre typhoïde, à forme hyperthermique ataxo- adynamique, cas très grave. — Pendant la maladie, abcès multiples sous l'aisselle, au bras, à la fesse.
Scrofulule.	Résolution rapide.	Fièvre typhoïde à forme abdominale, cas moyen.
Scrofulule et lymph.	Guérison.	Fièvre typhoïde adynamique compliquée d'orchite, puis de parotidite. Le malade avait déjà eu une orchite, il y a 7 ans, consécutive à un traumatisme.
Scrofulule.	Guérison.	Fièvre typhoïde grave suivie de 3 rechutes.

CHAPITRE II

Étiologie.

Quand nous avons observé pour la première fois un cas d'orchite survenant à la suite de fièvre typhoïde, nous croyions tout d'abord que le fait ne devait pas être rare : puisque la parotidite était une complication relativement fréquente de la fièvre typhoïde et l'orchite une suite banale des oreillons nous pensions que l'inflammation du testicule devait être aussi un accident commun de la fièvre typhoïde.

Nous avons donc été amené à rechercher dans quelle proportion l'orchite venait compliquer la fièvre typhoïde.

CHALON (1), dans sa thèse inaugurale, ne donnait à ce sujet que la statistique de LIEBERMEISTER (2), qui, sur 200 typhiques observés en 1869 et 1870, n'a constaté que 2 cas d'orchite dothiënenthérique.

Mais il existe cependant d'autres statistiques, celles de SOREL (3), DOPFER (4), BETKE (5) et HOLSCHER (6) qui portent sur un plus grand nombre de cas.

(1) CHALON, *loco citato*.

(2) LIEBERMEISTER, *loco citato*.

(3) SOREL, Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux, 1889.

(4) DOPFER, *Munchener medicinische Wochenschrift*, 1888.

(5) BETKE, *Deutsche klinik*, n° 42, t. XLVIII.

(6) HOLSCHER, *Munchener medicinische Wochenschrift*, 20 janvier 1891.

SOREL, sur 871 typhiques, vus en l'espace de dix ans, de 1879 à 1888, n'a observé que trois fois l'orchite comme complication.

DOPFER, dans 927 cas fatals, ne relève aucune orchite et BETKE, parmi 1420 cas étudiés à l'hôpital de Bâle, n'en fait pas mention. HOLSCHER, sur 2000 cas fatals, ne relève qu'un seul cas d'épididymite.

D'autre part, M. FIX, médecin-chef de l'hôpital militaire de Sidi-bel-Abbès, a eu la grande amabilité de faire dresser pour nous un relevé des cas d'orchites typhoïdiques observés dans son hôpital depuis 1895.

Nous en donnons ci-dessous le tableau.

ANNÉES	NOMBRE DE CAS	
	de fièvres typhoïdes	d'orchites non suppurées
1895.....	106	0
1896.....	120	3
1897.....	303	2
1898	La minute du médecin-chef n'a pu être retrouvée.	
1899.....	288	3
1900.....	45	0
Totaux.....	862	8

C'est, en somme, une affection peu fréquente, mais cependant plus commune qu'on ne le croit généralement.

Mais, pourquoi l'orchite semble-t-elle une complication si rare ? Pourquoi a-t-elle si longtemps passé inaperçue ? Sans doute parce qu'elle se développe, le plus souvent, dans le cours de la convalescence et que, par suite, on l'attribuait auparavant à une cause autre que la véritable.

Maintenant que l'attention est éveillée sur elle, les observations ne devraient pas tarder à se multiplier.

L'examen attentif des organes génitaux de l'homme dans ces pyrexies fera certainement reconnaître un plus grand nombre de localisations testiculaires (1).

Il est aussi une autre cause qui favorise cette façon de voir : il est certain que si toutes les observations d'orchite typhoïde étaient publiées, la fréquence en paraîtrait plus grande.

Ainsi, lorsque nous sommes allé demander à M. RECLUS s'il avait des observations de cette complication à nous communiquer, il nous a répondu qu'il avait bien vu deux cas d'orchite, mais que les observations n'en avaient pas été prises. M. RECLUS nous faisait remarquer à ce propos que, dans un cas, il avait cru à un abcès du testicule, qu'il avait ouvert et que la glande avait été trouvée absolument saine.

D'autre part, M. le médecin-chef du Val-de-Grâce nous disait aussi qu'il se souvenait avoir eu dans son service, peu de temps après le siège de Paris, en 1871, un cas très complexe de cette affection. Mais il n'avait plus présents à la mémoire les détails de cette observation qu'il n'avait pas conservée.

(1) OLLIVIER fait remarquer que l'orchite de la fièvre typhoïde doit prendre place dorénavant parmi les complications possibles de la dothiéntérie, au même titre que la *phlegmatia alba dolens*, avec laquelle elle n'est pas sans avoir, du moins dans certains cas, quelque analogie. « Il en sera probablement de l'orchite typhoïdique comme de cette dernière affection.

« La *phlegmatia alba dolens* fut signalée pour la première fois par BOULLAUD, en 1813, au déclin d'une fièvre ataxo-adyynamique (évidemment fièvre typhoïde). (*De l'oblitération des veines et de son influence sur la formation des hydropisies partielles. Considération sur les hydropisies passives en général*, in *Archives générales de médecine* 1823, 1^{re} année, tome II, page 188.)

« Elle fut d'abord considérée comme très rare, même jusque dans ces dernières années, puis les observations devinrent tellement nombreuses qu'on ne les compte plus aujourd'hui. »

Si on compare le nombre des orchites typhiques à celui des autres orchites, on arrive à penser que la glande séminale est bien moins souvent touchée dans la dothiérénentérie que dans la blennorrhagie, les oreillons, la tuberculose ou la syphilis.

Les orchites d'origine traumatique, résultant d'un choc ou d'un effort, sont également beaucoup plus communes. Mais, par contre, les cas des autres orchites infectieuses (orchite amygdalienne, orchites de la variole, de la scarlatine, du rhumatisme et du paludisme, etc.) sont moins nombreux.

Des complications qui frappent l'appareil génital, l'orchite est encore celle que l'on signale le plus souvent.

Les inflammations éberthiennes frappent cependant d'autres organes sexuels. Mais les observations des parties atteintes sont pour ainsi dire uniques pour chacune d'elles :

On a signalé notamment un cas de gangrène du pénis à la suite de la fièvre typhoïde.

ANDREW (1) a vu un typhique présenter un abcès de la prostate qui se compliqua d'hématurie et amena une infiltration d'urine.

De même, chez la femme, on a rencontré le gonflement inflammatoire des grandes lèvres, une fois suivi de suppuration.

LIEBERMEISTER (2) et GIRAUX (3) ont signalé encore des

(1) ANDREW, A case of typhoid fever complicated by hematuria and prostatia abscess leading to extravagation of urine. — *The Lancet*, page 172.

(2) LIEBERMEISTER, *loco citato*.

(3) GIRAUX, thèse Paris, 1875. De quelques accidents survenant pendant la convalescence de la fièvre typhoïde et des abcès multiples en particulier.

cas de gangrène de la vulve, de la glande vulvo-vaginale, de la paroi recto-vaginale, à la suite de la dothiéntérie.

HOFFMANN a donné une observation de gangrène du corps de l'utérus.

Enfin TROUSSEAU et GUIGNOUX, de Lyon, ont remarqué, au cours de la convalescence de la fièvre typhoïde, des cas d'ovarite, de salpingite, d'hématocèle recto ou péri-utérine (1).

En faisant nos recherches à ce sujet, nous avons été surpris de ne pas trouver dans la littérature médicale plus de cas d'ovarite ou de mammite.

Au premier abord, en effet, il semblerait que l'on devrait rencontrer des observations aussi nombreuses d'orchites que d'ovarites.

L'ovaire n'est-il pas chez la femme l'homologue du testicule chez l'homme ?

Parmi les causes prédisposantes, l'influence *du génie épidémique*, « ce mystérieux agent de tous les phénomènes obscurs et inexplicables » (Ch. ELOY) (2), ne nous arrêtera pas.

Il n'en est pas de même des *influences climatériques et saisonnières*. — D'après SÉNATOR, les orchites seraient en effet plus fréquentes en automne et en hiver. ELOY pense que cette augmentation est une conséquence de la loi de l'évolution saisonnière de la dothiéntérie. Pour nous, il nous semble que cette complication se montre plus souvent dans les pays chauds, ainsi qu'il résulte de la statistique du docteur FIX.

(1) GUYOT, thèse Paris, 1877. Etude sur l'hématocèle péri-utérine, soit dans le cours, soit dans la convalescence de la fièvre typhoïde.

(2) ELOY, *loco citato*.

Cependant, CRESPIN, dans son ouvrage sur la fièvre typhoïde dans les pays chauds (1), ne relate aucun cas d'orchite typhoïde.

L'âge a une influence mieux déterminée.

La complication arrive plus communément à cette période de la vie pendant laquelle la fièvre typhoïde est plus commune.

Sur 65 cas, nous trouvons une observation se rapportant à un enfant de 4 ans, une observation relatant la complication chez un malade de 11 ans, une autre chez un malade de 14 ans ; on a observé 33 cas de 16 à 30 ans ; 7 cas de 30 à 40 ans et 3 cas au-dessus de 40 ans. Enfin M. HUTINEL aurait vu un cas d'orchite typhoïdique chez un homme de 58 ans ; mais malheureusement cette observation n'a pas été prise (LARQUIER) (2).

19 fois l'âge n'est pas indiqué ; mais le plus souvent il s'agit de soldats, par conséquent d'individus jeunes.

HANOT (3) a montré que cette complication survenait surtout chez des individus affaiblis ; la plupart des observations qu'il a publiées ont été recueillies sur des malades de la prison de la Santé ; celle de DUFFEY (4) se rapporte à un soldat de la garnison de Malte, « sergent délicat et cachectique, » suivant l'observateur. De même le malade de HARRISSON (5) était un officier qui revenait de la campagne d'Égypte. Il est certain d'ailleurs que le terrain doit être plus ou moins favorable, puisque toujours ces orchites surviennent chez des convalescents ou chez

(1) CRESPIN, La fièvre typhoïde dans les pays chauds. Paris, 1900, 1 vol. in-8.

(2) LARQUIER, *loco citato*.

(3) HANOT, *loco citato*.

(4) DUFFEY, *loco citato*.

(5) HARRISSON, *loco citato*.

des malades, c'est-à-dire chez des individus dont l'organisme est en état d'infériorité évidente.

On a été amené tout naturellement à rechercher si cette complication survenait plutôt à la suite de fièvres typhoïdes malignes : la gravité de la maladie causale avait-elle quelque influence ?

A vrai dire, l'orchite survient aussi bien dans les attaques bénignes que dans les attaques graves, et il ne nous semble pas qu'il y ait lieu d'établir une relation entre la gravité de l'affection primitive et l'apparition de la complication (1).

Mais un point plus intéressant de l'étiologie va nous arrêter : quelle est la cause qui tend à localiser cette complication, sous quelle influence affecte-t-elle le testicule dans le cas particulier qui nous occupe ?

Théoriquement la réponse est facile et l'on invoque généralement le *locus minoris resistentiæ* (2) ; mais cette explication reste un peu vague et semble n'être qu'une « pétition de principes à cause des difficultés qu'il y a souvent à démontrer cette diminution de la force de résistance d'un organe et à spécifier en quoi elle consiste. » Et pourtant, si nous regardons ce qui se passe pour les

(1) BARONI et DESSY, dans leur étude sur l'orchite typhoïdique, pensent que cette complication survient de préférence à la suite de fièvres typhoïdes de peu d'intensité.

(2) Il faut se rappeler les expériences de GRAWITZ (Entwicklung der Eiterungslehre und ihr Verhältniss zur cellular pathologie) qui lui ont montré que les abcès métastatiques ne se produisent pas partout, mais seulement en certains points déjà malades, ou bien au niveau desquels la résorption est empêchée, ou enfin qui sont imprégnés de poisons chimiques.

RINNÉ écrit d'autre part : « Pour que les germes lancés dans la circulation se localisent, il faut au préalable une altération chimique ou mécanique des tissus, une déchéance de l'organisme favorisée par les produits morbides qui peuvent, dans quelques cas, prendre naissance au niveau du foyer primitif. »

autres organes qui peuvent être frappés également par la fièvre typhoïde, nous voyons que : sur 4 cas de suppuration du corps thyroïde réunis dans la thèse de DÉHU(1), il s'agit 4 fois d'un organe atteint de goître.

Les ostéomyélites typhiques sont surtout fréquentes chez les jeunes gens de 11 à 20 ans (2), c'est-à-dire alors qu'il y a suractivité physiologique de la moëlle osseuse.

Selon nous, les choses ne doivent pas se passer de la même façon, suivant que l'organe est sain et fonctionne normalement ou qu'il est au contraire modifié dans sa structure et que la circulation et la nutrition y sont déjà troublées.

Cependant les faits connus ne nous permettent pas d'affirmer la nécessité de cette atteinte antérieure.

Car, dans la plupart des cas, il n'y a ni traumatisme, ni blennorrhagie ancienne, ni trace d'aucune autre affection capable de retentir sur les organes génitaux profonds.

D'autre part, il y a de nombreux cas de fièvre typhoïde se développant chez des individus atteints de blennorrhagie et évoluant sans se compliquer d'orchite (3).

Pourtant nous pensons quand même qu'une orchite antérieure doit être une cause adjuvante par le fait seul qu'elle met le testicule en état de moindre résistance : dans les observations que nous relatons à la fin de ce travail, nous n'avons noté cet antécédent pathologique que 4 fois. Chez un malade de LAVERAN (obs. XIX), le

(1) DÉHU, *loco citato*.

(2) D'après les statistiques, le maximum de fièvres typhoïdes observées est compris entre 16 et 30 ans.

(3) BOUILLAUD, Clinique médicale, 1837, tome I, page 72.

testicule atteint d'orchite typhoïdique avait subi auparavant une orchite traumatique. L'observation de SEVESTRE (obs. XXVIII) relate également une orchite typhoïdique droite chez un malade qui avait eu, dix ans auparavant, une orchite non blennorragique. OLLIVIER (obs. XXX) signale aussi une orchite ourlienne survenue trois mois avant une orchite typhoïdique. Nous avons observé le 4^e cas dans le service de M. BARIÉ. Il s'agit d'un malade qui a présenté, il y a 7 ans, trois ou quatre mois après une scarlatine, une orchite traumatique droite qui a suppuré. Il a présenté cette année une orchite typhoïdique siégeant du même côté. Notons de plus qu'il s'agit d'un jeune marié.

Comme conclusion de tout ce que nous venons de voir relativement aux causes prédisposantes, nous dirons, avec MICHON (1), que : « La prédominance que présentent dans tel ou tel organe les inflammations typhiques dépend vraisemblablement de la dose de l'agent morbigène, de ses affinités pour tel ou tel système anatomique, de la manière de réagir du malade, des susceptibilités héréditaires ou acquises, de son système nerveux et surtout de certaines opportunités morbides générales ou locales, créées de date ancienne ou même récente. »

Il nous faut mentionner encore, parmi les causes prédisposantes, *la date d'apparition* de l'orchite typhoïdique ; il semble que le bacille d'Eberth ne puisse produire d'effets pathogènes chez l'homme que s'il a réalisé préalablement l'infection de l'économie. C'est donc dans le

(1) MICHON, Contribution à l'étude des suppurations de la fièvre typhoïde. Lyon, 1890.

décours ou dans la convalescence de la fièvre typhoïde que l'orchite se manifeste le plus souvent. Il en est de même de la date d'apparition de la plupart des complications de la dothiéntérie.

Nous chercherons plus tard, au chapitre de la pathogénie, une explication à cet état. Qu'il nous suffise pour l'instant de constater que, sur nos 65 cas, la complication est survenue 48 fois pendant la convalescence, 3 fois au moment de la défervescence, et 4 fois pendant l'évolution de la fièvre typhoïde.

Cette orchite éclate donc au déclin de l'évolution morbide, le plus souvent même pendant la convalescence, de telle sorte qu'elle coïncide avec cette phase solennelle des pyrexies aiguës que caractérise « l'ensemble favorable des mutations nutritives et fonctionnelles qui constituent la crise. » (CHAUFFARD.)

Signalons enfin, parmi les causes, l'apparition assez fréquente de l'orchite dans les fièvres typhoïdes suivies de rechute. C'est une relation fréquente qui n'est pas particulière à cette complication, et que DÉHU a également signalée pour d'autres complications locales.

Tels sont les principaux facteurs que l'on peut considérer comme causes prédisposantes ou occasionnelles.

Il nous reste à voir quelle est la cause déterminante. Mais cette question est du domaine des chapitres suivants : Bactériologie et Pathogénie.

CHAPITRE III

Bactériologie

Quelle est la cause déterminante de l'inflammation de la glande séminale? Puisque l'orchite typhoïdique est admise sans conteste comme étant de nature infectieuse, il est certain que la cause déterminante est un microbe.

Mais quel est-il? Est-ce un agent banal de la suppuration: streptocoque, staphylocoque, pneumocoque? N'est-ce pas plutôt le bacille d'Eberth lui-même?

Les opinions sont divisées: certains auteurs pensent que toutes les inflammations et suppurations survenant au cours de la fièvre typhoïde sont dues aux « streptocoques ou aux staphylocoques pyogènes, que l'on peut toujours rencontrer dans le pus de la rate, des ganglions mésentériques, du péritoine, des organes les plus accessibles au bacille typhique ».

Et FRAENKEL (1) appuie son opinion sur un cas d'épididymite avec prostatite; le pus ne contenait que le staphylocoque et tous les efforts pour y déceler le bacille typhique sont restés inutiles.

D'autres auteurs prétendent que lorsqu'on trouve le bacille d'Eberth seul dans une collection purulente, c'est

(1) FRAENKEL, Zur Lehre von der Complicationen im abdominal Typhus (Hambourg, 1889).

qu'il a envahi secondairement un foyer provoqué par d'autres microbes pyogènes qui seraient morts ou auraient disparu.

Mais un dernier groupe d'auteurs pensent que le microbe unique rencontré dans certains examens n'est pas le bacille typhique, mais un microbe identique.

On leur a répondu que « pour leurs recherches microbiologiques, les auteurs avaient utilisé méthodiquement toutes les ressources de la technique microbienne, qu'ils avaient recherché avec soin la présence des bacilles ordinaires de la suppuration et appliqué le procédé imaginé par GASSER pour différencier le bacille d'Eberth du *bacterium coli commune* (1) » (MICHON).

Ajoutons enfin que, dans plusieurs observations, le liquide de la vaginale produisait le phénomène de l'agglutination : le séro-diagnostic était positif.

Malgré cela, quelques auteurs n'ont pas voulu admettre

(1) Il existe, comme on le sait, entre les deux bacilles de nombreux moyens de distinction :

1° Le bacille d'Eberth ne fait pas fermenter la lactose, contrairement au coli-bacille;

2° En ajoutant à la gélose une solution de vert malachite décolorée par le bisulfate de soude ou une solution d'indoline, on a des aspects très spéciaux;

3° Les cultures sur gélatine maltosée donnent une trainée mince à peine visible avec le bacille d'Eberth, une couche épaisse et abondante avec le coli-bacille;

4° Le coli-bacille donne de l'indol, le bacille typhique n'en donne pas;

5° Sur le milieu d'Elsner (suc de pomme de terre additionné de gélatine et d'iodure de potassium), le coli-bacille donne rapidement des colonies sombres et opaques, le bacille d'Eberth donne plus lentement des colonies petites et transparentes;

6° Quand on additionne un bouillon de formaldéhyde à 1/7000, la culture ne se trouble pas avec le bacille d'Eberth; elle se trouble au contraire avec le *bacterium coli*;

7° Sur les milieux ayant déjà servi à la culture du bacille d'Eberth, ce dernier ne repousse pas (CHANTEMESSE et WIDAL) tandis que le coli-bacille se développe (WURTZ).

le rôle du bacille d'Eberth comme agent inflammatoire.

Mais, depuis, cette propriété, entrevue tout d'abord par MM. RENDU et DE GENNES (1) et affirmée par A. FRÆNKEL (2), a été confirmée par une série de documents prouvant que le bacille typhique est apte à produire des lésions inflammatoires, avec ou sans suppuration; puis, aux preuves cliniques sont venues s'ajouter les preuves expérimentales; il suffit de rappeler l'expérience de GILBERT et GIRODE produisant une péritonite purulente en injectant sous la peau du dos d'un cobaye un centimètre cube d'une culture pure du bacille d'Eberth dans du bouillon.

La culture du pus péritonéal permet d'affirmer que ce pus ne contenait qu'une seule espèce microbienne, le bacille d'Eberth.

D'ailleurs, ainsi que le fait remarquer DÉHU (3), ces suppurations d'origine typhique pure n'ont rien qui doive nous étonner. « L'inflammation et son aboutissant la suppuration n'ont en effet rien de spécifique; ce sont de simples phénomènes de réaction phagocytaire qui peuvent se produire sous des influences diverses. Ils indiquent seulement la lutte des cellules contre des assaillants trop faibles pour envahir du premier coup l'économie entière, mais assez forts pour résister à ces cellules et en faire périr un grand nombre. »

De plus BÜCHNER (4) a montré que, par ses sécrétions ou par sa substance constitutive même, le bacille typhique

(1) *France médicale*, 1885.

(2) Congrès de Wiesbaden, 1887.

(3) DÉHU, *loco citato*.

(4) BÜCHNER, *Central. für Bacteriologie*, 1891.

attire énergiquement les globules blancs. Or cette chimiotaxie positive est une des conditions de la suppuration.

Il n'est donc pas possible de mettre en doute les propriétés pyogènes du bacille d'Eberth.

Nous pouvons alors, avec CHANTEMESSE et WIDAL (1), diviser les infections typhiques en deux classes :

1° Les infections banales qui reconnaissent comme agents les microbes pyogènes vulgaires, tels que le staphylocoque doré, le streptocoque et le coli-bacille ;

2° Les infections spécifiques qui sont produites uniquement par le bacille d'Eberth.

Peut-être serait-il permis d'y ajouter un 3^e groupe comprenant les infections mixtes, c'est-à-dire celles dans lesquelles on trouve le bacille d'Eberth associé à d'autres microbes pyogènes ?

Les orchites typhoïdiques rentrent dans ces divisions.
— Nous allons examiner maintenant quelles voies ces différentes espèces microbiennes peuvent suivre pour atteindre le testicule.

(1) CHANTEMESSE et WIDAL, Des suppurations froides consécutives à la fièvre typhoïde.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

Des théories variées ont été avancées pour l'explication de cette complication de la fièvre typhoïde.

Ainsi SÉNATOR a pensé que ces lésions avaient un caractère épidémique ou saisonnier. DUFFEY leur reconnaissait une origine rhumatismale. BUCQUOY (1) pensait que la masturbation en était la cause occasionnelle.

Bien des auteurs croient qu'elles sont dues à un catarrhe urétral ; pour WIDAL (2) père, l'orchite était secondaire à une thrombose cachectique des veines spermatiques.

Suivant HALLOPEAU (3), il s'agirait de lésions parenchymateuses du testicule, analogues à celles du foie, de la rate, des ganglions et de toutes les autres glandes. « Ces altérations pathologiques placeraient ces organes dans un état d'imminence morbide tel que la moindre cause occasionnelle (un traumatisme ou l'abus fonctionnel par exemple) suffirait pour provoquer une inflammation. »

Enfin, dernière hypothèse admise par la plupart des

(1) BUCQUOY, Bulletin de la Société clinique de Paris, 1877-1878.

Cet auteur pensait que le réveil de la vitalité génitale, survenant pendant la convalescence, excitait les jeunes gens à l'onanisme ; l'orchite par masturbation était une orchite traumatique.

(2) WIDAL, *loco citato*. Société clinique de Paris.

(3) HALLOPEAU, *ibidem*.

auteurs, l'orchite typhoïdique serait un accident métastatique.

De toutes ces explications, deux seulement ont été prises en considération, à savoir : l'infection par propagation de l'inflammation de l'urètre et l'infection par le courant sanguin.

Il est certain que l'explication de SENATOR n'en est pas une ; c'est au plus une simple constatation, et encore plus ou moins exacte ; il est évident que l'orchite typhoïdique ne ressemble guère à l'orchite rhumatismale, comme le voulaient DUFFEY (1) et ELLYS (2). Elle en diffère en ce que l'inflammation est moins brusque que dans le rhumatisme, en ce qu'elle est moins douloureuse ; enfin, tandis que l'une frappe surtout l'appareil testiculaire proprement dit, l'autre, l'orchite rhumatismale, frappe surtout les enveloppes qui renferment presque toujours un épanchement plus ou moins abondant.

A l'hypothèse d'HALLOPEAU, il manque « la cause occasionnelle qui doit suffire pour provoquer l'inflammation », car l'orchite typhoïdique naît en dehors de toute cause occasionnelle.

Pour nous, le mécanisme de l'orchite typhoïdique n'est pas simple ; il varie d'un malade à l'autre ; chacune des théories émises peut être vraie dans un cas, fausse dans l'autre.

Quoi qu'il en soit, deux grandes voies sont ouvertes à l'infection microbienne : l'une périphérique ou circulatoire, l'autre centrale ou canaliculaire.

Dans le premier cas, c'est par les artères et les lym-

(1) DUFFEY, *loco citato*.

(2) ELLYS, *loco citato*.

phatiques que les agents infectieux ou leurs toxines arrivent dans le parenchyme glandulaire, réalisant ce que nous appellerons une infection descendante.

Dans le deuxième cas, c'est par le canal excréteur, par l'urètre que les agents infectieux (ce ne sont pas les microbes spécifiques de la maladie qui sont dans ce cas ordinairement en cause) arrivent à la glande, réalisant ainsi une infection que nous appellerons ascendante par opposition à la première.

Nous admettons également comme vraie, dans certains cas, la théorie de WIDAL. Cet auteur, en terminant sa communication à la Société clinique, émettait, non sans réserve, l'idée que les faits qu'il rapportait pourraient bien être considérés comme des cas d'engorgement œdémateux du testicule, plutôt qu'une inflammation vraie.

« Cet engorgement serait analogue à celui qu'on observe sur le membre inférieur, à la suite de certaines fièvres typhoïdes et qui a pour origine une thrombose cachectique. En un mot, ajoute-t-il, l'orchite consécutive à la fièvre typhoïde ne pourrait-elle pas être le résultat d'une thrombose des veines spermatiques ? »

Il s'agirait en somme d'une véritable *phlegmatia alba dolens* localisée aux vaisseaux testiculaires et semblable aux manifestations de ce genre, si fréquentes dans la fièvre typhoïde. D'ailleurs, WIDAL s'appuyait sur un cas où il avait observé une véritable phlébite des veines funiculaires.

Essayons de discuter chacune de ces théories, de voir pourquoi elles nous semblent exactes et bonnes à retenir et quels sont les points où elles faiblissent.

La première, celle que nous avons appelée infection

•

descendante, correspond à la vieille théorie de la métastase. Pour les anciens, pour les humoristes surtout, elle était admirablement claire ; elle découlait tout naturellement des idées qu'on avait sur la maladie.

La maladie morbifique, source première des accidents, quittant les appareils sur lesquels elle s'était primitivement fixée, transportait son action sur un autre organe plus ou moins éloigné de son premier centre d'opération. Quand ce déplacement avait lieu à l'avantage du malade, en quittant un organe nécessaire à la vie pour agir sur un organe dont la lésion était moins funeste, il y avait diadoche.

Dans le cas contraire, il y avait métastase.

La théorie des embolies microbiennes a expliqué d'une façon fort nette cette ancienne façon de voir : les germes lancés dans la circulation générale se rendent, dans le cas qui nous occupe, au testicule par la voie vasculaire et y prolifèrent.

Une confirmation de ce fait a été donnée par la découverte du bacille typhique, non seulement dans les produits du processus inflammatoire local, mais aussi dans les testicules des sujets morts de fièvre typhoïde, mais sans manifestations cliniques d'orchite.

SALLÈS et BARJON (1) citent CHANTEMESSE et WIDAL comme ayant trouvé des bacilles typhiques dans les testicules d'individus morts de violentes attaques de fièvre typhoïde, bien qu'il n'y eût pas de symptômes d'orchite, et dans les testicules de cochons d'Inde inoculés avec des

(1) SALLÈS et BARJON, *loco citato*.

bacilles typhiques qui avaient été pris directement dans le corps humain.

Ici se place une double objection :

1° Le bacille d'Eberth est-il capable de faire du pus ?

2° Pourquoi ces embolies éberthiennes surviennent-elles surtout *pendant la convalescence* ?

Nous avons eu l'occasion, à propos de la bactériologie, de répondre à la première objection.

Il nous est facile de résoudre le deuxième problème, et nous croyons que l'apparition tardive de cette complication est une des raisons qui militent en faveur de l'infection descendante.

En effet, pendant toute la période d'état de la fièvre, la glande séminale est pour ainsi dire endormie comme le sont la plupart des glandes : l'organisme s'est épuisé pour combattre le poison typhique ; il ne peut plus trouver en lui-même les principes nécessaires à sa réparation ; le sang n'apporte que des éléments *imparfaits* qui ne peuvent plus servir à l'entretien ou au développement des organes.

Pendant la maladie, il y a insuffisance de la nutrition et cet organisme affaibli, ces glandes auxquelles le sang n'arrive qu'imparfaitement en qualité et en quantité ne sont point en état convenable pour accomplir leur travail physiologique.

Ne se passe-t-il pas d'ailleurs quelque chose d'analogue chez la femme ? Il résulte en effet des observations de HÉRARD, de RACIBORSKI, de GUBLER (1), etc. :

1° Que le flux menstruel vrai ne se manifeste ordinairement pas, quand la maladie a débuté environ une semaine après sa dernière apparition ;

(1) Dictionnaire encyclopédique des Sc. méd., art. Menstruation.

2° Que son retour se fait attendre plusieurs mois après la cessation de la fièvre.

Il y a donc le plus souvent, chez la femme, aménorrhée ; ne peut-on pas supposer qu'il y ait de même chez l'homme *aspermie* ?

Mais au moment de la convalescence, quand les altérations qu'ont subies les puissances dynamiques et la nutrition se réparent, quand les sécrétions deviennent normales, que va-t-il se passer ?

Le travail congestif qui accompagne la sécrétion fait affluer le sang au testicule ; le sang charrie des bacilles ou leurs toxines ; il se produit donc de véritables décharges bactériennes appelées par le réveil de la vitalité génitale ; il y a un appel sanguin qui entraîne les germes pathogènes et l'agent infectieux agit d'autant plus facilement que les tissus manquent de résistance, par suite de la débilitation du malade ; car la vitalité des cellules est amoindrie, les phagocytes ne peuvent remplir victorieusement leur mission et la lutte qu'ils engagent contre leurs ennemis aboutit seulement à une réaction inflammatoire.

Cette pathogénie se rapprocherait, par certains côtés, du gonflement de la mamelle que l'on voit survenir soit chez le nouveau-né, soit au moment de la puberté, gonflement qui, comme on le sait, aboutit exceptionnellement à la suppuration.

Mais deux objections ne manqueront pas de se produire :

1° Comment expliquer le cas de Bouchut, qui survint chez un enfant de quatre ans ?

2° Comment expliquer les parotidites qui surviennent également pendant la convalescence ?

A la première remarque, on peut tout d'abord se pré-

valoir de l'opinion d'OLLIVIER (1), qui fait remarquer, dans le cours de son mémoire, que l'observation de BOUCHUT ne doit pas être prise en considération, car elle est incomplète.

Il est certain, en outre, que la congestion de la glande a pu être amenée par une influence autre que le réveil de la vitalité génitale dont il ne saurait être question dans ce cas particulier.

D'ailleurs, dans cette observation, l'orchite n'est point apparue pendant la convalescence, mais pendant la dothiéntérie, le 20^e jour de celle-ci.

Enfin nous ne prétendons pas que tous les cas d'orchite soient susceptibles d'être expliqués par ce mécanisme ; nous pensons seulement qu'il serait peut-être possible d'appliquer cette explication pathogénique à quelques-uns des cas survenant pendant la convalescence.

En ce qui concerne l'apparition des parotidites qui se montrent également à la fin de la maladie, la même pathogénie peut paraître rationnelle pour l'expliquer : la parotide ne fonctionne qu'anormalement pendant toute la durée de la fièvre : « *Les sécrétions de la bouche sont altérées ou presque complètement supprimées* », dit LEGRY dans le Manuel de médecine (2).

« La langue est humide au début, blanche au centre, rouge à la pointe et sur les bords. Pendant la 2^e semaine, elle est collante et visqueuse, puis devient de plus en plus sèche, à mesure que l'adynamie s'affirme. Alors, la langue devient véritablement dure, cornée, et prend l'aspect particulier de langue rôtie, de langue de perroquet. Elle se

(1) OLLIVIER, *loco citato*.

(2) LEGRY, article Fièvre typhoïde, in Manuel de Médecine de DEBOVE et ACHARD, tome VIII, page 295.

recouvre de matières brunâtres, concrétées, s'étendant au palais, aux gencives, aux lèvres qui sont ainsi desséchées et fendillées, surtout chez les enfants. »

La fonction de la parotide est donc notablement troublée pendant toute la durée de la fièvre typhoïde. Il est certain également qu'il se produit, au moment de la convalescence, ainsi que l'a montré le professeur BOUCHARD, une salivation critique. Or, qui dit sécrétion, dit congestion de la glande qui sécrète ; il n'est donc pas impossible d'appliquer la même pathogénie aux parotidites et aux orchites de la convalescence.

Quoi qu'il en soit, nous verrons tout à l'heure une hypothèse, peut-être plus rationnelle, appliquée à la pathogénie des parotidites secondaires par BOUCHARD et susceptible également d'être admise pour les orchites secondaires.

D'autre part, pour expliquer l'apparition tardive de la complication, on pourrait aussi penser que les germes typhiques continuent à séjourner dans l'économie longtemps après la guérison ; ils y sommeillent, attendant qu'une cause quelconque vienne les réveiller.

Alors, pullulant dans l'endroit où la vitalité des tissus a été diminuée par le traumatisme ou toute autre cause, ils peuvent donner lieu à une orchite qui revêtira une forme plus ou moins grave, suivant que le sujet est plus ou moins en état de résistance.

Mais s'il en était ainsi, on devrait trouver dans l'étiologie la cause occasionnelle qui a produit l'altération chimique ou mécanique des tissus, la cause occasionnelle qui a réveillé les microbes, un traumatisme, un écart de

régime qui, troublant l'état général, permettraient le développement des bacilles, et, là où ils se trouvent, une nouvelle infection.

Il s'agirait, en somme, d'une sorte de rechute localisée et elle se localiserait dans le testicule ou dans toute autre glande, parce que là il y aurait eu un désordre anatomique ou fonctionnel, parce que, là, la circulation sanguine lymphatique se trouverait gênée et la vitalité des cellules amoindrie.

Enfin, une troisième hypothèse peut être formulée, permettant de se rendre compte de l'apparition de l'orchite pendant la convalescence.

On peut penser qu'il s'agit d'une *infection lente* puisque, dans les cas où l'orchite doit aboutir à la suppuration, elle a une période inflammatoire d'une si longue durée.

Le bacille d'Eberth aurait une longue incubation, son pouvoir inflammatoire se montrerait à longue échéance ; rien d'invraisemblable dans cette hypothèse, puisque, nous le répétons, les suppurations tardives sont un des caractères du pouvoir pyogène du bacille typhique.

« Quand les plaies dothiésentériques sont cicatrisées, quand la peau n'a aucune solution de continuité, quand le convalescent n'a ni hémorroïdes, ni angine ; si, malgré l'intégrité de toutes les muqueuses, il s'opère en lui un travail inflammatoire de longue durée, qui aboutit à la suppuration, nous attribuons les accidents suppuratifs à des bacilles d'Eberth, qui, non compris dans les décharges bactériennes désinfectantes, ont été retenues dans quelques *locus minoris resistentiæ*, où ils se sont développés.

Les accidents suppuratifs précoces causés par le bacille d'Eberth sont, au contraire, des faits exceptionnels » (PEIN).

Avant la *théorie des embolies bactériennes* que nous venons d'exposer, l'*origine urétrale* de l'orchite typhoïdique était la plus répandue. Cette opinion fut défendue surtout par VALLIN et DESNOS, qui en sont les promoteurs. Elle a encore aujourd'hui de nombreux partisans : ils pensent que *l'origine de l'orchite est une inflammation de provenance urétrale, celle-ci ne gagnant la glande qu'après altération de la région prostatique*. Cette opinion est basée sur la constatation d'accidents variés. Dans un cas, on a mentionné la présence de matières glaireuses dans l'urine ; dans un autre, on a noté des symptômes de catarrhe des voies urinaires ; dans un troisième, l'urine contenait des flocons de mucus et de pus ; dans une observation de LARQUIER, le malade se plaignait de cuisson pendant la miction ; le malade d'HALBOUT, avait une rétention, celui de WIDAL, une hématurie ; BERTHOUD cite enfin un cas rapporté par FRANKEL, dans lequel, en même temps qu'une épидидymite apparut une orchite suppurative pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde ; dans le pus, on trouva des microcoques pyogènes et non des bacilles typhiques. Il est certain que le canal de l'urètre, librement ouvert au dehors, est facile à contaminer. D'ailleurs ne contient-il pas normalement des saprophytes et des micro-organismes pyogènes dont l'activité virulente peut être excitée par une irritation des conduits urinaires par

les toxines éliminées (1), et aussi par une vitalité plus grande, résultant de l'épuisement amené par la maladie primitive, les organes et les tissus étant, de leur côté, dans des conditions d'infériorité vitale.

Et ainsi peut s'expliquer l'apparition de l'orchite pendant la convalescence, c'est-à-dire « au moment où les ressources défensives de l'économie sont épuisées par une lutte prolongée contre la maladie; au moment où il se produit par le rein et par les urines une abondante élimination de toxines qui peut jouer un rôle dans la préparation de la muqueuse urétrale à l'inoculation éberthienne. »

BERTHOUD s'appuie sur l'aspect clinique de l'orchite typhoïdique et sur ses analogies avec les caractères des orchites qui sont consécutives à l'infection urétrale, c'est-à-dire l'orchite blennorragique et l'orchite par traumatisme du canal. « D'un côté comme de l'autre, dit-il, il s'agit d'une orchi-épididymite dans laquelle l'épididymite précède l'orchite et l'emporte sur elle par la gravité, la ténacité, la tendance aux rechutes et aux récidives. »

Nous ne pensons pas de même car, dans le plus grand nombre de cas, le testicule est pris seul et d'abord; de plus, il est exceptionnel que l'épididyme soit frappé seul : sept fois seulement l'épididymite est signalée.

(1) Le germe typhogène provoque dans l'économie une série de réactions qui altèrent profondément la nutrition des cellules. Des ptomaines formées dans l'intestin sont absorbées et chassées dans le sang à travers les différents tissus dont elles diminuent la vitalité. Pour produire l'excès de chaleur, le typhique recevant peu d'aliments brûle ses propres tissus.

Parmi les produits de cette combustion, souvent incomplète, beaucoup sont toxiques et ne s'éliminent activement qu'après la défervescence. On conçoit que des tissus mal nourris et en contact permanent avec des substances toxiques se mortifient avec la plus grande facilité.

D'ailleurs, cette inflammation d'origine urétrale due à des micro-organismes autres que ceux de la maladie causale ne pourrait être admise dans tous les cas ; car il y a une observation dans laquelle MESSERER et GASSER ont ponctionné le testicule chez un malade atteint d'orchitepididymite au début de la convalescence d'une fièvre typhoïde ; ils ontensemencé le produit de la ponction et constaté dans les tubes « un court bacille mobile qui s'est comporté avec toutes les réactions bien connues de la fièvre typhoïde sur les divers milieux de cultures ».

En outre il y a les examens bactériologiques de MÉNÉTRIER et THIROLOIX, de GIRODE, de SALLÈS et BARJON, de LAUNOIS et LOEPER, par lesquels le bacille d'Eberth a été constaté dans le pus de ces orchites.

Malgré ces faits positifs, on peut trouver un terrain de conciliation entre ceux qui pensent que l'orchite est occasionnée par une infection secondaire partie de l'urètre et ceux qui soutiennent que le bacille d'Eberth est apporté dans le parenchyme testiculaire par la voie de la circulation. Ne peut-on pas, en effet, comme l'a fait BOUCHARD, pour les parotidites secondaires, supposer que des éliminations microbiennes se font par les urines et que ces éliminations, quelquefois favorables comme lorsqu'il s'agit d'urines critiques, sont, dans d'autres cas, le point de départ d'une inflammation phlegmoneuse ?

N'est-il pas permis de penser que tous ces accidents variés du côté des voies urinaires, qui sont notés dans les observations, sont causés par une élimination abondante du bacille d'Eberth ; nous pensons, avec BERTHOUD, que l'observation de MESSERER et GASSER, dans laquelle ont été

constatés des hématuries et un catarrhe urétral, a dû être précédée d'une urétrite éberthienne ; pour nous, elle semble bien être consécutive à l'infection urétrale. D'ailleurs, LEGRAIN n'a-t-il pas relaté, avec des détails circonstanciés, un cas d'urétrite au cours de la dothiéntérie ?

Nous-même, avons eu l'occasion d'observer à l'hôpital Boucicaut, dans le service de M. LETULLE, un typhique qui présentait un écoulement urétral pendant la convalescence.

N'en est-il pas fait mention également dans l'observation rapportée par SALLÈS et BARJON ?

Si donc l'urétrite existe quelquefois pendant la fièvre typhoïde, il n'y a pas de raison pour nier que l'infection puisse remonter de l'urètre postérieur jusqu'au testicule. Mais il est certain que les faits où cette pathogénie peut être invoquée doivent être relativement rares, car il faudrait que l'épididyme fût pris en premier lieu. Et même dans l'observation de GIRODE, où cet organe a été seul malade, ce n'est pas ce mécanisme qu'il faut invoquer quoique cependant il existât une albuminurie assez intense, symptomatique d'une néphrite infectieuse secondaire ; les recherches de BOUCHARD, NEUMANN, KARLINSKI, WOYSOKORVISTH, ROQUE et WEIL, SILVESTRI, SMISCH ont démontré cependant que, dans toute néphrite typhique, il y avait passage du bacille d'Eberth dans les voies d'excrétion de l'urine. Malgré cela, l'examen bactériologique et histologique pratiqué par GIRODE a montré que la lésion suppurative était exclusivement intertubulaire et périvasculaire : le canal déférent, les tubes de l'épididyme étaient sains ; il s'agissait d'une épididymite interstitielle à développement périvasculaire et d'origine embolique.

Il ne nous reste plus que la théorie de WIDAL ; nous l'avons déjà exposée au commencement de ce chapitre : pour cet auteur, l'orchite typhoïdique ne serait que le résultat d'une thrombose des veines spermatiques ; on sait en effet que toutes les maladies infectieuses peuvent donner lieu à la phlébite, car toutes ont pour caractère primordial « la possibilité de leur généralisation à tout l'organisme » et cette généralisation se fait le plus souvent par la voie des vaisseaux ; bien plus, on sait qu'il est assez fréquent de voir se produire, dans le décours et surtout pendant la convalescence de la dothiéntérie, des thromboses dans un grand nombre de veines, aux membres inférieurs le plus souvent, quelquefois aux membres supérieurs, à la face, etc. Pourquoi donc, dès lors, ne pas vouloir admettre, pour la veine spermatique, sous l'influence des mêmes causes, — l'affaiblissement du cœur et l'altération du sang — la possibilité de semblables thromboses, caractérisées par une douleur au début plus ou moins brusque et d'intensité variable, par un œdème du scrotum, avec ou sans rougeur, et s'accompagnant de la dilatation des veines superficielles, enfin par l'engorgement des veines du cordon ?

D'ailleurs, la preuve de la possibilité de ces coagulations veineuses a été fournie par WIDAL lui-même, à qui il a été donné de pouvoir constater directement cette phlébite des veines spermatiques ; d'autre part, cette pathogénie ne semble-t-elle pas probable dans l'observation relatée par MANLEY ? Le malade était atteint d'une orchite gauche, en même temps que d'une phlébite de la veine saphène externe : cette coïncidence curieuse plaide à coup sûr en faveur de la théorie de WIDAL et, pour la

rejeter, les arguments d'OLLIVIER (1) ne nous suffisent pas.

Nous croyons donc que cette pathogénie doit être applicable dans un certain nombre de cas, et qu'elle a été tenue jusqu'à présent dans un oubli injustifié.

Au point de vue pathogénique, il est donc bien difficile de choisir entre les trois théories que nous venons d'exposer et de discuter.

L'orchite est-elle une infection secondaire au sens propre du mot, c'est-à-dire un désordre microbien se greffant sur la maladie primitive causée elle-même par un autre agent pathogène ?

Est-elle au contraire le résultat d'une généralisation du bacille d'Eberth, capable de frapper successivement des appareils, des organes très éloignés les uns des autres ?

Est-elle enfin une sorte de *phlegmatia alba dolens* des veines spermatiques, comme WIDAL le pensait ?

Chacune de ces opinions a ses partisans ; chacune peut être défendue. Il vaut donc mieux ne pas se prononcer en faveur de l'une ou de l'autre : être éclectique semble le meilleur parti à prendre, jusqu'à ce qu'un fait positif vienne ruiner définitivement des arguments qui, jusqu'à présent, paraissent encore justifiés.

(1) D'après cet auteur, les symptômes cliniques plaident bien plus en faveur d'une véritable inflammation testiculaire.

CHAPITRE V

Anatomie pathologique.

L'anatomie pathologique de l'orchite typhoïdique est encore à faire.

La cause de cette lacune est la rareté des autopsies, les occasions d'examiner l'organe malade sont des plus rares. Trois cas d'orchite typhoïdique ont été suivis de mort : celui de BOUCHUT, celui de DESHAYES et celui de GIRODE. L'autopsie de ce dernier cas est la seule qui ait été faite jusqu'à ce jour ; les résultats en ont été rapportés dans les *Archives générales de médecine* ; HANOT, d'autre part, a pu aussi examiner une masse bourbillonneuse, formée de tissu testiculaire, qui s'était éliminé dans le cours de l'orchite.

Ce sont ces deux faits qui ont seuls permis d'établir les lésions anatomiques causées par cette complication.

Disons de suite que l'orchite typhoïdique est toujours unilatérale ; le côté gauche est un peu moins souvent affecté que le côté droit.

La fièvre typhoïde produit plutôt une orchite qu'une épididymite.

On pourrait diviser, au point de vue anatomo-pathologique, les orchites typhoïdiques en deux grandes classes :

1° L'orchite typhoïdique périphérique, dans laquelle les lésions siègent sur l'épididyme et la tunique vaginale ;

2° L'orchite typhoïdique parenchymateuse, celle dans laquelle les lésions ont pour siège spécial la glande séminale.

Nous préférons toutefois passer simplement en revue les différentes parties de l'appareil génital et noter au fur et à mesure les lésions qui ont été vues sur chacun des organes ; car cette division anatomique ne serait sans doute que schématique, puisque le testicule et l'épididyme ont pu se montrer assez souvent atteints simultanément.

Urètre. — L'état de la muqueuse de la région prostatique n'est pas noté ; on peut donc en déduire qu'elle n'était ni injectée, ni rouge, ni œdémateuse.

Vésicules séminales. — Les vésicules séminales n'offrent rien d'anormal.

Cordon spermatique. — Le cordon spermatique est quelquefois augmenté de volume. Cette augmentation est due à l'épaississement considérable des parois qui sont rouges et très vasculaires.

Le calibre du canal déférent n'était pas plus grand que normalement dans l'observation de GIRODE. Lesensemencements faits avec le contenu de ce canal ont été absolument négatifs.

Les coupes histologiques n'offraient rien de particulier.

Epididyme. — L'inflammation porte assez rarement sur l'épididyme, cependant cet organe peut être seul atteint.

L'aspect macroscopique est alors assez difficile à reconnaître : car au niveau du point où l'inflammation a porté, le tissu est enflammé et induré. La séparation des enve-

loppes peut être difficile, même lorsqu'il existe entre elles une légère infiltration œdémateuse.

La queue de l'épididyme frappe par son épaissement considérable ; à cette partie saillante fait suite le corps augmenté de volume, mais dans des proportions assez restreintes ; la tête elle-même est plus volumineuse ; elle est toutefois moins large que la queue.

Cette dernière région offre une consistance ferme et une couleur noirâtre congestive qui tranche sur la teinte rosée des parties voisines.

Lorsqu'on fend la queue de l'épididyme, on constate l'existence d'une suppuration au centre ; notons que le pus peut être de couleur chocolat, comme il se fait quelquefois dans les suppurations typhoïdiques. Cette suppuration a un caractère aréolaire et semble se faire par petits foyers.

Tels sont les principaux détails constatés à l'œil nu ; l'examen histologique montre des lésions plus nettes.

Les foyers suppuratifs principaux occupent les espaces intertubulaires de l'épididyme. Les voies séminifères sont partout tapissées régulièrement de leur épithélium ; elles ne présentent aucune trace d'un travail irritatif et n'affectent avec le nodule infectieux ou les grains purulents que des rapports de contiguité ; nodules et grains offrent la disposition habituelle des suppurations miliaires, avec la nécrose et la désintégration centrale qui s'observent en pareil cas.

Le pus épididymaire montre au microscope les caractères ordinaires du pus.

Les lésions sont, en somme, celles d'une *épididymite interstitielle*.

Testicule. — L'organe est enflammé et augmenté de

volume; celui-ci peut être doublé et atteindre même la grosseur d'un œuf de poule.

Les vaisseaux sont gorgés de sang et toute la masse est plus rouge, plus vascularisée qu'à l'état normal.

La suppuration est assez fréquente : tantôt, il se forme un abcès aigu dont l'ouverture est rapide, tantôt, au contraire, l'abcès reste longtemps avant de se perforer (trois semaines dans un cas de POULET, cité par CERVELLE). Ces abcès sont graves; ils déterminent la perforation de l'albuginée et la fonte du testicule.

L'examen microscopique montre que les tubes sont manifestement écartés les uns des autres. Entre eux, on remarque un épaissement produit par une prolifération cellulaire très active.

Ils sont séparés par des éléments embryonnaires, parfois sur une étendue qui égale le diamètre des tubes eux-mêmes, parfois sur une étendue moindre.

Les parois des canaux spermatiques semblent ne prendre qu'une part minime à cette infiltration. Les parois des tubes sont partout intactes et se dessinent sous forme d'une petite ligne droite et transparente. Cependant, par places, elles sont épaissies et œdématiées et leur contour extérieur est moins net qu'à l'état normal.

Quant au contenu de ces canaux, ils sont remplis d'éléments embryonnaires, sans aucun vestige d'épithélium.

Telles sont les lésions principales qui, en réalité, caractérisent l'*inflammation parenchymateuse* du testicule.

Nous n'insisterons pas sur l'inflammation de toutes les couches du scrotum et de la peau qui survient dans les cas les plus aigus. Notons cependant que l'appareil vas-

culaire afférent au côté enflammé du scrotum est plus développé et congestionné.

La *tunique vaginale* contient quelquefois un liquide séreux peu abondant. GIRODE note que la séreuse a conservé son poli et offre seulement un peu plus de vascularisation pour le feuillet pariétal, à mesure qu'on approche de l'épididyme. La propagation de l'inflammation à la tunique vaginale doit être un phénomène constant dans le cas d'épididymite, à moins que celle-ci ne soit très faible.

Il en est de même d'ailleurs pour l'épididymite blennorragique, ainsi que l'ont montré MM. MONOD et TERRILLON. Ces auteurs ont fait voir en effet que « les lésions inflammatoires du testicule ne retentissaient que très difficilement sur la tunique vaginale quand elles restent localisées au parenchyme de l'organe, la séreuse ne s'enflammant que lorsque la tunique albuginée est atteinte ».

La quantité de liquide est souvent très faible; ainsi que nous allons le voir au chapitre de la symptomatologie, elle est assez peu souvent notée dans les observations: cela tient sans doute à ce que l'épididyme n'est généralement pas atteint. De plus, la quantité de liquide étant trop minime, elle ne fournit aucun signe appréciable et la palpation du scrotum ne peut seule la faire affirmer.

Quoi qu'il en soit, il est certain que l'épanchement de sérosité dans la vaginale est moins fréquent dans l'orchite typhoïdique que dans l'orchite varioleuse où la tunique vaginale présente presque constamment des traces manifestes d'inflammation, à tel point que la dénomination d'orchite varioleuse pourrait être remplacée par celle de vaginalite varioleuse.

CHAPITRE VI

Symptômes et Marche

Les phénomènes qu'offre l'orchite typhoïdique au début varient, suivant qu'elle se développe dans le cours ou pendant la convalescence de la maladie causale.

Généralement, le malade est en pleine convalescence, il recouvre ses forces; ses grandes fonctions sont rétablies quand soudain éclatent des phénomènes généraux graves.

La fièvre reparait, la température atteint d'emblée 39°, 5 ou 40°; le pouls est accéléré, le malade éprouve des frissons, quelquefois de la céphalalgie; des vomissements peuvent aussi apparaître. On pense tout naturellement à une rechute; mais une douleur gravative occupant le testicule ou le canal inguinal, ou bien un sentiment de gêne, de pesanteur dans l'une des bourses, sur le trajet du cordon, au périnée, au pli de l'aîne, attirent l'attention du côté de cette région.

D'autres fois, l'état général est moins atteint: l'orchite est simplement précédée de douleurs à l'épigastre; chez d'autres malades enfin, elle s'opère presque à leur insu. Tantôt elle débute donc avec des symptômes locaux très aigus, de la rougeur, de la tuméfaction et des douleurs très vives; ailleurs, elle se manifeste lentement, sourdement, presque sans douleur.

Quoi qu'il en soit, en peu de temps, la maladie est con-

firmée; elle se caractérise par deux grands symptômes simultanés, les *douleurs* et le *gonflement des parties malades*.

Rappelons qu'assez souvent, en même temps que se développe l'orchite, le malade peut présenter quelques phénomènes insolites du côté des voies urinaires. Le malade d'AUGAGNEUR avait du pus dans l'urine; il n'était pas blennorrhagique. SADRAIN a vu se produire un catarrhe assez violent de l'urètre. VIDAL a signalé une hématurie. Il semble qu'il se passe de ce côté une poussée analogue à celle qui a lieu du côté de la glande séminale.

Une fois établie, la *douleur* peut offrir des variétés très diverses quant à son intensité, son étendue, etc. — Mais quel que soit l'organe qui soit atteint, c'est un symptôme constant, plus ou moins marqué suivant les sujets, mais qui persiste pendant toute la période aiguë.

Elle peut être légère ou intolérable. Le plus souvent, elle est vive, lancinante, aussi bien diurne que nocturne, continue et ordinairement paroxystique.

D'autant plus vive que le gonflement est plus considérable, elle acquiert, dans certains cas, un tel degré d'aiguité qu'elle arrache des cris aux malades et les oblige à prendre une attitude spéciale : la cuisse correspondant au testicule malade est placée en abduction et rotation externe, la glande repose alors par sa face externe sur la face interne du membre inférieur.

Le maximum d'intensité de cette douleur varie; nous avons eu l'occasion de le déterminer d'une façon très nette dans un cas que nous avons observé : il était situé en arrière et en bas de la tumeur, c'est-à-dire dans le point qui correspondait à la queue de l'épididyme. Elle

était beaucoup moindre et presque nulle au niveau du point où se trouvait le testicule.

Nous avons pensé que l'inflammation de l'épididyme devait être plus intense dans ce cas que celle du testicule.

Cette localisation n'est pas habituelle ; en général, la douleur est localisée dans le testicule lui-même ; elle s'irradie souvent vers le cordon, le canal inguinal, la fosse iliaque et peut même remonter jusque dans les lombes.

Le phénomène douloureux qui éclate spontanément s'exagère ordinairement lorsqu'on touche le scrotum ou qu'on presse le testicule. La douleur produite par l'exploration est aussi variable dans ses manifestations que la douleur spontanée ; elle est cependant plus constante, si bien que le malade évite, avec le plus grand soin, tout contact étranger.

Les douleurs spontanées augmentent dans les premiers jours ; elles restent alors stationnaires pendant quelque temps, puis elles ne se manifestent plus guère qu'à la pression, bien que le testicule soit encore très gros.

L'examen de l'organe malade permet de reconnaître le *gonflement des organes malades*.

La *tuméfaction* est le symptôme le plus apparent ; on peut le considérer comme un signe constant.

Dans certains cas, elle est encore augmentée par l'œdème du scrotum : il est rouge, tendu, luisant ; les réseaux veineux superficiels sont souvent dilatés.

La tumeur, à première vue, est ovoïde et conserve la forme des bourses, mais, en la palpant, ces constatations sont différentes, suivant qu'il s'agit d'une *inflammation du testicule ou d'une épididymite*.

L'exploration du testicule à travers les enveloppes est généralement facile. Cependant, le testicule peut se confondre plus ou moins avec l'épididyme, à tel point qu'il serait difficile de localiser l'inflammation.

Ordinairement on sent le testicule, qui est atteint, augmenté de volume, de la grosseur d'un œuf de poule ; il est dur, rénitent, non transparent, non adhérent à la peau, tout au moins au début.

On se rend en même temps compte de l'état des organes sous-jacents ; c'est ainsi qu'on peut constater un certain empatement, de la rénitence du cordon, du moins dans son tiers inférieur.

L'épididyme, dans certains cas, n'est pas tuméfié.

Dans d'autres observations, c'est sur lui seul que porte l'inflammation.

La tumeur paraît alors composée de deux parties : l'une inférieure, plus petite, plus souple, plus lisse et formée par le testicule ; l'autre, placée en haut, en arrière, beaucoup plus volumineuse, résistante, très sensible à la pression ; ordinairement, elle ne paraît pas bosselée, elle coiffe le testicule à la façon d'un cimier de casque : c'est l'épididyme.

Enfin, dans d'autres cas, la tumeur est plus volumineuse ; il est impossible de distinguer le testicule de l'épididyme ; la phlegmasie a atteint les deux organes.

Quelquefois, par la palpation, on peut constater un épanchement de sérosité dans la vaginale. Le séro-diagnostic pratiqué avec ce liquide est généralement positif.

Nous avons vu cet épanchement noté dans douze observations, mais le plus souvent il doit passer inaperçu, car ordinairement il est insignifiant. On devra compléter

l'examen par la palpation des ganglions inguinaux et aussi par le toucher rectal qui indiquera l'état de la prostate et des vésicules séminales, ordinairement ni hypertrophiées, ni douloureuses.

Tels sont les symptômes de la période d'état.

Durant les jours qui suivent, la fièvre s'abaisse, puis au bout d'un certain temps la complication prend fin.

La terminaison ordinaire est en effet la *résolution* lente, progressive, et ne laissant aucune trace, ou bien laissant seulement un ou deux noyaux indurés en un point quelconque de l'épididyme.

Mais il arrive ici, et plus souvent que dans toute autre variété d'orchite, qu'il se forme un *abcès* dans le testicule. L'abcès est aigu ou rapide, tendant régulièrement à envahir le scrotum, ou bien il est chronique, à marche lente et insidieuse.

Quoi qu'il en soit, si l'orchite suppure, la réaction fébrile reste forte, l'état général assez grave, les souffrances locales redoublent, la glande se tend davantage, puis la fluctuation apparaît plus ou moins nettement.

Le siège de cet abcès est variable, étant toutefois situé le plus ordinairement à la partie la plus déclive du scrotum. Cet abcès peut ne pas être unique ; dans l'observation de MÉNÉTRIER et THIROLOIX notamment, on vit apparaître successivement quatre points purulents.

Le volume de ces abcès est variable ; que ce foyer de suppuration s'ouvre spontanément ou qu'il soit ouvert par la main du chirurgien, il laisse échapper soit du pus en quantité plus ou moins abondante, soit du pus mélangé

à du sang, soit du pus avec des détritns de la substance testiculaire. Ce pus peut être blanchâtre, lactescent, ne ressemblant en rien au pus lié et épais des suppurations ordinaires ; dans d'autres cas, il est de couleur chocolat.

Si le parenchyme testiculaire mortifié s'élimine entre les lèvres de la plaie, le testicule se présente diminué de volume : il ne reste plus au malade qu'un moignon de glande.

Notons, enfin, que, dans un cas de HANOT, on constate une légère *atrophie* consécutive du testicule, sans qu'il y ait eu suppuration.

L'orchite typhoïdique peut donc se terminer de trois manières différentes :

La résolution,

La suppuration,

L'atrophie testiculaire.

Il faut enfin ajouter que, dans trois observations, le malade atteint d'orchite a succombé.

Dans le cas de BOUCHUT, le malade mourut avec une orchite en pleine évolution, mais il succomba aux progrès de la fièvre typhoïde, et non de l'inflammation localisée.

Dans l'observation de DESHAYES, le malade aurait été emporté par l'orchite, mais « il est vraisemblable que ce clinicien a méconnu quelque complication plus grave ».

Enfin, dans l'observation de GIRODE, c'est une broncho-pneumonie qui a été la cause déterminante de la terminaison fatale.

Il ne semble donc pas que l'on puisse considérer l'orchite comme cause directe de la mort.

La *durée* de l'orchite est très variable.

OLLIVIER lui assigne une moyenne de douze jours, mais les observations signalent des cas, de durée beaucoup plus longue, notamment une orchite ayant duré 51 jours et une autre deux mois et demi. En tous cas, la durée est prolongée par la suppuration, et souvent le gonflement et l'induration peuvent persister pendant quelque temps.

CHAPITRE VII

Diagnostic, Pronostic et Traitement

Lorsqu'un malade, dans le cours ou pendant la convalescence d'une dothiéntérie se plaindra d'éprouver de vives douleurs du côté du scrotum, douleurs que provoquent la pression et les mouvements, on devra immédiatement songer à la complication d'orchite typhoïdique. On sera frappé tout d'abord de la tuméfaction du scrotum, et un examen plus attentif permettra de se rendre compte de l'état des organes sous-jacents.

Toutefois, il faudra toujours se méfier de la possibilité d'une rechute. Celle-ci assez fréquente, puisqu'elle survient environ dans 3 à 10 pour 100 des cas, se montre généralement après une période d'apyrexie qui ne dépasse pas 10 jours. « La rechute est peu à craindre plus tard, » dit JACCOUD.

Si c'est une rechute, on constate, tout comme au début de l'orchite, une ascension brusque de la température, mais les symptômes de la fièvre typhoïde réapparaissent : on observe la diarrhée, la tuméfaction splénique ; les taches rosées sont habituelles : on aura donc vite fait de savoir si l'on a affaire à une rechute ou à une orchite.

Il suffira de penser à la complication testiculaire pour

la dépister : au surplus, l'examen méthodique du malade permettrait de rattacher l'irrégularité de l'évolution morbide à sa véritable cause. Ce sera le cas d'appliquer l'excellent conseil de FERNET : « Il devrait être de règle pratique de passer souvent la revue de différents organes dans la fièvre typhoïde, comme on le fait pour le cœur dans le rhumatisme aigu. »

Il ne saurait être question de confondre l'orchite typhoïdique avec d'autres variétés de cette inflammation d'une étiologie différente.

Il est bien certain que si le diagnostic positif de fièvre typhoïde n'est pas assuré, on sera exposé à ne pas rattacher la complication testiculaire à sa véritable cause. Mais cela reviendrait à faire le diagnostic de la maladie causale, ce qui n'entre guère dans notre sujet.

Il faut toutefois savoir que la plupart des affections capables de donner naissance à l'état typhoïde pourront se compliquer d'orchite : signalons notamment l'impaludisme, la tuberculose granulique, la pyohémie, la pneumonie, la grippe, voire même la typhose syphilitique.

Il faudra tenir compte avant tout des circonstances au milieu desquelles s'est déclarée l'inflammation du testicule. Le phénomène d'agglutination sera d'une grande valeur diagnostique.

Ailleurs, le diagnostic étiologique pourra présenter plus de difficultés, comme dans le cas d'AUGAGNEUR, où il s'agissait de distinguer une orchite typhoïdique d'une *orchite blennorragique*.

Cette dernière se montre ordinairement dans le cours de l'urétrite. L'examen bactériologique du pus recueilli dans l'urètre permettra donc de reconnaître la présence

ou l'absence du gonocoque. De plus, dans l'orchite typhoïdique, la douleur est moins aiguë, le gonflement et l'inflammation généralement moins intenses, l'évolution plus rapide (1).

Nous avons donné, dans le courant de notre étude, au chapitre de la pathogénie, les caractères différentiels de l'*orchite rhumatismale*. Nous n'y reviendrons pas ; il faut savoir seulement que, dans la plupart des cas, il s'agit d'une fluxion sur la séreuse vaginale ; dans d'autres cas, il est vrai, on observe de la suppuration du côté du testicule ; ce sont ceux-là seuls qu'il pourra être difficile de diagnostiquer, ceux-là qui semblent consécutifs à des rhumatismes infectieux.

Il n'est pas très rare d'observer, au cours de la fièvre typhoïde, de la paralysie vésicale avec rétention, exigeant l'emploi de la sonde. Il est donc logique de supposer qu'il puisse se produire dans certains cas une *orchite canaliculaire* ; il suffit que la sonde malpropre introduise un agent septique quelconque ou qu'elle agisse en exulcérant une muqueuse à la surface de laquelle pullulent les germes, ouvrant ainsi la porte à l'infection, qui se développe en suivant les voies d'excrétion du sperme jusqu'au testicule et atteignant *généralement celui-ci dans les trois jours qui suivent le cathétérisme*.

Cette orchite se reconnaîtra aux antécédents du malade, au cathétérisme qu'aaura nécessité l'affection primitive de la vessie. Presque toujours, on reconnaîtra que le passage de la sonde a laissé une phlegmasie de l'urè-

(1) Ces caractères différentiels de l'orchite typhoïdique et de l'orchite blennorragique sont assez tranchés pour que l'on ne puisse pas être tenté de croire que l'orchite typhoïdique n'est autre chose qu'une manifestation d'une blennorragie récente ou ancienne, survenant à l'occasion de la typhoïde.

tre parce que les règles de l'asepsie n'auront pas été observées.

La connaissance de la date d'apparition de l'orchite, ayant suivi le cathétérisme, sera de quelque utilité, puisque l'orchite due au cathétérisme survient généralement 3 jours après l'opération.

Quoi qu'il en soit, dans ce cas, la difficulté du diagnostic sera très grande ; car la coïncidence d'un cathétérisme avec une orchite survenant au cours d'une fièvre typhoïde n'est pas forcément en faveur d'une orchite urinaire.

Le diagnostic pourra aussi être hésitant, si le malade atteint d'orchite raconte qu'il a reçu un choc, un coup sur ce testicule.

Un *traumatisme* peut suffire en effet pour donner lieu à une inflammation testiculaire ; mais, dans ce cas, on constatera les signes initiaux de la contusion. De plus, les renseignements que fournira le malade pourront laisser supposer la véritable cause ; mais il faut se rappeler combien souvent le malade attribue au traumatisme les affections dont il est atteint ; il faudra donc se tenir sur ses gardes. Ajoutons que d'ordinaire les *orchites traumatiques* se terminent par atrophie testiculaire.

Mentionnons encore l'erreur possible dans le cas de testicule ectopié dont l'inflammation se traduit par des phénomènes d'étranglement ; la cause de ces phénomènes sera facilement reconnue à l'absence du testicule dans un des côtés des bourses.

Tandis que l'orchite et l'épididymite typhoïdiques présentent les différences que nous avons signalées avec l'orchite gonococcique, elle présente d'autre part des points de res-

semblance avec l'*orchite ourlienne*. Ces deux variétés ont le même mode d'invasion, le testicule étant attaqué d'abord et l'épididyme ensuite ; elles semblent identiques par leur évolution, leur marche, leur durée et enfin par leur unilatéralité. Cependant leur terminaison est différente.

Il faut savoir en effet que l'*orchite ourlienne* est souvent une orchite atrophique ; d'après une statistique de LAVRAN, on pourrait admettre que l'atrophie survient une fois sur deux.

L'*orchite* de la dothiénthérie au contraire n'aboutit que rarement à l'atrophie ; mais elle suppure fréquemment, alors que l'*orchite ourlienne* se résout ordinairement sans suppuration.

Ajoutons enfin que l'*orchite varioleuse et scarlatineuse* sont le plus souvent des vaginalites avec péri-orchite, plutôt que véritables orchites.

Le diagnostic de la cause étant établi, il faudra rechercher si l'on est en présence d'une orchite, d'une orchio-épididymite ou d'une simple épididymite.

Un examen méthodique de la région permettra de résoudre cette question.

Enfin le toucher rectal renseignera sur l'état de la prostate et des vésicules séminales.

Le pronostic des manifestations testiculaires de la dothiénthérie n'est pas grave au point de vue vital ; néanmoins cette orchite est une complication sérieuse, lorsque la suppuration survient ; elle perfore l'albuginée et amène un fungus parenchymateux, issue des tubes séminifères et évacuation de l'albuginée ; elle peut donc, au point de vue fonctionnel, annihiler la puissance de la

glande affectée par la destruction des canaux vecteurs du sperme.

C'est au contraire une affection bénigne quand la résolution se fait comme il arrive le plus souvent.

Le *traitement* variera suivant les indications. Il devra être d'abord *prophylactique*. Pour cela, il faudra redoubler de vigilance pour que les conditions générales d'hygiène soient scrupuleusement suivies durant toute la durée de la fièvre typhoïde, y compris également la période de convalescence. L'importance des soins de propreté est considérable. Tout linge souillé doit être immédiatement changé. Une surveillance continuelle des téguments et des orifices naturels est nécessaire pour prévenir les infections secondaires. Les lavages des régions ano-génitale et interfessière, les lavages antiseptiques fréquents de l'urinal, doivent être considérés comme indispensables. C'est grâce à ces soins méticuleux que l'on pourra éviter quelquefois l'apparition de la complication testiculaire.

Le traitement *curatif* ne diffère guère de celui des autres orchites. On devra exiger le repos absolu dans la position horizontale ; les bourses relevées seront recouvertes d'une onction belladonnée et de compresses chaudes et aseptiques. Généralement, sous l'influence de ces moyens, la résolution arrive, les accidents diminuent.

Mais si, malheureusement, des signes de suppuration se manifestent par l'intensité des douleurs, des élancements, une exagération de la fièvre, la rougeur du scrotum qui s'élève en un point, il vaudra mieux ne pas inciser dans ces cas puisque la suppuration provient presque toujours du testicule ; à moins d'indications urgentes, il est préférable de laisser la collection purulente s'évacuer spontanément.

CHAPITRE VIII

Observations (1)

OBSERVATION I

CHÉDEVERGNE, Thèse de doctorat. Paris, 1864, p. 163.

Un jeune homme de 17 ans, qui *n'a jamais eu de blennorrhagie*, est atteint de fièvre typhoïde. Le onzième jour, il est pris d'un gonflement testiculaire à gauche, avec accroissement de volume de l'épididyme.

OBSERVATION II

BOUCHUT, Traité des maladies des nouveau-nés, 1867.

Un enfant de quatre ans est atteint de fièvre typhoïde qui se complique d'une parotidite à gauche. Le vingtième jour, le scrotum devient douloureux, *se remplit de sérosité*; le testicule, l'épididyme et le cordon à gauche deviennent également douloureux, et l'enfant succombe au bout de quelques jours.

OBSERVATION III

G. DUFFEY. *Dublin Journal of medical Science*, 1872, t. XXXIII, p. 97.

A la suite d'une fièvre typhoïde assez forte, un sergent délicat et cachectique, encore affaibli par la maladie, a le testicule droit subitement pris pendant sa convalescence. Le gonflement et l'inflammation persistent.

(1) La plupart de ces observations sont résumées.

Au bout de 25 jours, on constate une fluctuation profonde en un point du testicule et on diagnostique un abcès dont l'existence est constatée quelques jours après. L'abcès ouvert laisse échapper une grande quantité de pus et de matière.

Pendant quelque temps, le malade ressent encore des élancements dans le testicule et le scrotum reste un peu épaissi, puis la guérison arrive.

OBSERVATION IV

HANOT, *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, 1873, séance du 25 juillet, p. 587.

Chez un jeune homme de dix-huit ans atteint d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, en convalescence depuis treize jours, le testicule droit devient douloureux ; de ce côté, les bourses sont rouges, tendues, tuméfiées. On constate un *léger épanchement dans la tunique vaginale* et une augmentation du testicule qui est douloureux à la moindre pression. Il y a un certain empâtement, de la rénitence de toute la portion inguinale du cordon. L'urine contient une notable quantité de matières glaireuses où l'on ne trouve point de spermatozoïdes.

Du 2 au 14 juillet, même état ; ce jour-là, on trouve un petit abcès superficiel situé à la partie la plus déclive de la moitié droite du scrotum. Il est ouvert avec une lancette et il s'en échappe un dé à coudre de sang mélangé de pus.

Jusqu'au 20 juillet, la petite incision faite avec la lancette va s'élargissant : elle a alors le diamètre d'une pièce de 1 franc ; ses bords décollés et taillés à pic circonscrivent un champignon de substance grisâtre : au moyen d'une pince, on exerce quelques légères tractions sur cette sorte de bourbillon, et on extrait ainsi une masse irrégulièrement sphérique qui semble n'adhérer aux parties profondes que par des filaments mollasses qui s'enlèvent et se rompent très facilement.

Cette masse d'un gris rougeâtre mesure 0 m. 033 dans son plus grand diamètre sur 0 m. 02 ; elle est creusée d'une sorte de fistule de 0 m. 015 sur une largeur de 0 m. 004 et qui va du centre à la périphérie, dans le sens du plus grand diamètre ; l'extrémité périphérique correspond à l'orifice cutané. La cavité est remplie d'une substance sèche, jaunâtre, qui, au microscope, apparaît constituée

par une matière amorphe, englobant les leucocytes, et un plus grand nombre de petites granulations réfringentes.

Il n'existe point d'enveloppe spéciale à la périphérie de la tumeur qui est hérissée des petits filaments dont on a parlé.

Il est facile de s'assurer qu'on a affaire au tissu testiculaire. Si on examine les filaments au microscope, on y reconnaît des tubes testiculaires remplis, pour la plupart, d'éléments embryonnaires.

L'examen microscopique est pratiqué avec durcissement par l'acide picrique et coloration par la teinture de carmin. Sur une coupe transversale, on voit sur presque toute l'étendue, et sauf au centre, les tubes remplis d'éléments embryonnaires, sans aucun vestige d'épithélium. En ces points, la paroi des tubes est presque partout intacte et se dessine sous forme d'une petite ligne droite et transparente. Ces tubes sont séparés par des éléments embryonnaires, parfois sur une étendue qui égale le diamètre des tubes eux-mêmes, parfois sur une étendue moindre.

Au centre, tout autour de la cavité, les tubes contiennent encore des éléments embryonnaires, mais principalement des leucocytes et de fines granulations, les unes obscures, la plupart transparentes.

Par places, la paroi des tubes n'est plus visible et alors les leucocytes qu'ils contiennent semblent se continuer directement avec les mêmes éléments épanchés entre les tubes.

Les parois des vaisseaux sont recouvertes d'éléments embryonnaires; la coupe transversale de quelques-uns des ces vaisseaux est oblitérée par un caillot.

Cette masse enlevée, on peut reconnaître par le toucher l'épidyme resté à sa place bien certainement avec la tunique albuginée.

Dix jours après, la plaie était presque entièrement cicatrisée. On ne trouvait plus dans la moitié droite du scrotum qu'un noyau dur ayant à peine le tiers du volume du testicule gauche. A la fin de juillet, le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

OBSERVATION V

CERVELLE, Thèse de doctorat, Paris, 1874.

Homme âgé de 23 ans, n'a jamais eu d'autres maladies que la fièvre typhoïde actuelle. Pendant sa convalescence, il ressent des douleurs sourdes dans le testicule gauche. Malgré cela, il essaie de

marcher ; mais il est obligé de prendre le lit. La nuit, il a quelques légers frissons, et le matin il s'aperçoit que le testicule est devenu très volumineux.

Le scrotum est rouge, la queue de l'épididyme est gonflée et même indurée, le cordon est engorgé, et d'indolore qu'il était au début devient très douloureux. Puis les phénomènes disparaissent graduellement, et le malade quitte l'hôpital complètement guéri, ayant toutefois quelques petits points d'induration à la queue de l'épididyme.

OBSERVATION VI

CERVELLE, *ibidem*.

Homme de 25 ans, atteint d'une fièvre typhoïde grave. Le quinzième jour de la convalescence, ayant quitté l'hôpital dans un état de faiblesse assez sérieux, il reste dans le testicule droit des douleurs sourdes, qui deviennent ensuite très aiguës. En même temps le testicule augmente de volume.

Trois semaines après l'apparition des premiers symptômes, il se forme un abcès que l'on ouvre ; à l'examen microscopique, on reconnaît des détritüs de la matière testiculaire.

Au toucher, on sent sur l'épididyme de petits noyaux indurés. Le malade guérit au bout de deux mois et demi, mais il persiste un sentiment de tension assez forte dans le cordon qui reste gros.

OBSERVATION VII

WIDAL, *Bulletin de la Société clinique*, 1877, tome I, p. 142.

Un militaire, de constitution chétive, est atteint de fièvre typhoïde de moyenne intensité, à forme adynamique. Le troisième jour de la convalescence, il est pris de frissons suivis de fièvre, éprouve de la pesanteur dans le testicule gauche, qui augmente de volume, mais reste indolore. L'épididyme, peu douloureux, présente un petit noyau induré.

Le scrotum est rouge, tendu, mais non œdématisé, et les veines du cordon sont développées, tuméfiées, engorgées et molles.

Il guérit au bout de huit jours, il ne reste plus à la queue de l'épididyme qu'un petit noyau induré, indolore.

OBSERVATION VIII

WIDAL, *ibidem*, p. 143.

Il s'agit d'un militaire qui, au dixième jour de la convalescence, alors qu'il se levait déjà, est pris d'un gonflement des bourses. Le scrotum est parsemé de petites veines sinueuses et est infiltré dans toute son étendue.

Le testicule droit est doublé de volume, mais indolore. L'épididyme est induré de la tête à la queue. Au bout de huit jours, la guérison arrive, mais l'épididyme présente à sa partie caudale un petit noyau d'induration.

OBSERVATION IX

WIDAL, *ibidem*, p. 144.

Militaire qui, au commencement de sa convalescence, est pris d'une hématurie abondante qui se renouvelle trois fois en six jours. Douze jours après le début de cette hématurie, orchite peu douloureuse du testicule droit avec épididymite sans épanchement dans la tunique vaginale, sans engorgement des veines et sans écoulement urétral.

Au bout de six jours, le malade quitte l'hôpital, ne présentant plus qu'un petit noyau induré sur la queue de l'épididyme.

OBSERVATION X

DIEULAFOY, *Bulletin de la Société clinique de Paris*, 1877-1878.

Malade présentant une douleur vive au niveau du scrotum, irradiant le long du cordon; 13 jours après le début des accidents, il se produisit une vaginalite suppurée et l'incision dut être pratiquée pour donner issue au pus qui remplissait la tunique vaginale.

OBSERVATIONS XI et XII

LEREBOULLET, *Bulletin de la Société clinique de Paris*, 1877.

LEREBOULLET rapporte que dans le cours d'une épidémie de fièvre

typhoïde, caractérisée par la fréquence des complications viscérales et suppuratives, il a observé deux cas d'orchite pendant la convalescence, mais sans suppuration.

OBSERVATION XIII

HANOT, *Archives générales de médecine*, 1878, t. II, p. 596.

Jeune homme de 21 ans qui, le seizième jour de la maladie, est pris d'une douleur dans l'aîne droite, douleur s'irradiant dans la direction du cordon jusque dans le testicule et remontant par moments jusqu'à la région lombaire. Le testicule est dur, tuméfié, douloureux à la pression. L'épididyme reste intact et indolore. Le malade guérit, mais le testicule droit est un peu atrophié.

OBSERVATION XIV

HANOT, *ibidem*, p. 597.

Un homme de quarante ans est atteint d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité.

Le vingt-cinquième jour après le début de la maladie, en pleine convalescence, le scrotum à droite devient rouge, la bourse du même côté est gonflée; au toucher on sent une induration épididymaire et le testicule semble un peu augmenté de volume. Cette épididymite cède en huit jours.

OBSERVATION XV

HANOT, *ibidem*, p. 597.

Un homme de trente-deux ans accuse, le dix-neuvième jour de sa maladie, de la douleur dans le testicule droit, qui est augmenté de volume. Il n'y a pas d'épanchement dans la tunique vaginale.

La moitié du scrotum est d'un rouge vif, tendu, luisant. *Pas de trace de blennorrhagie, pas d'écoulement urétral.* Le malade sort complètement guéri au bout de dix-neuf jours.

OBSERVATION XVI

SABOURIN, *Bulletin de la Société clinique de Paris*, 1878, t. II, p. 229.

Homme de 34 ans, atteint d'une fièvre typhoïde légère. Le onzième jour de la convalescence, il ressent de la douleur dans le testicule droit. Le scrotum est volumineux; pas d'œdème.

Le testicule est énorme et excessivement douloureux à la pression. Phénomènes à peine sensibles à l'épididyme. La tunique vaginale est intacte, et la douleur spontanée, provoquée par la pression, s'irradie un peu suivant le trajet du cordon.

Du côté gauche, on constate un petit kyste de la tête de l'épididyme. Lorsque la douleur du côté droit a disparu, on constate également de ce côté un petit kyste à la tête de l'épididyme. Au bout de dix jours, le malade est complètement guéri.

OBSERVATION XVII

HUCHARD, *Bulletin de la société clinique de Paris*, 1878-1879, p. 238.

Huchard, en discutant la communication de SABOURIN, relate un cas dans lequel l'orchite se développa pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. L'élévation de la température fit craindre une rechute, mais le lendemain un testicule était douloureux.

OBSERVATION XVIII

LAVERAN, OLLIVIER, *ibidem*, p. 969.

B..., soldat au 51^e de ligne, entre à l'hôpital militaire Saint-Martin, le 16 septembre 1869, se disant malade depuis une huitaine de jours. Il présente tous les symptômes d'une fièvre typhoïde d'intensité moyenne. La fièvre suit son cours régulier. Le 4^{er} octobre, la défervescence est presque complète. Le testicule gauche se tuméfie; pas de douleurs vives. *Jamais de blennorrhagie*; il n'y a pas trace d'écoulement par l'urètre. La tuméfaction porte principalement sur l'épididyme (cataplasmes, pommade mercurielle, suspensoir).

Le 2 octobre. — La tuméfaction de l'épididyme et du testicule a un peu augmenté; la peau des bourses est tuméfiée, rouge, douloureuse à la pression à gauche. Même traitement.

Le 5 octobre. — L'œdème des bourses a disparu. L'épididyme du côté gauche est encore très dur, peu douloureux à la pression; pas de fièvre.

Le 6 octobre. — L'épididyme diminue de volume. Etat général très satisfaisant. Le malade mange une portion.

Le 7 octobre. — Le malade accuse des douleurs lombaires (frictions avec le liniment chloroformé).

L'épididyme est encore assez volumineux, dur, non douloureux à la pression. Le malade se lève, mange deux portions.

Le 11 octobre. — L'épididyme a diminué de volume, mais il reste de l'induration.

Le 22 octobre. — Le malade part en congé de convalescence; le testicule gauche a son volume et sa consistance normaux, mais l'épididyme est encore induré.

OBSERVATION XIX

LAVÉLAN, OLLIVIER, *ibidem*, p. 968.

V..., âgé de 32 ans, entre à l'hôpital militaire Saint-Martin le 26 octobre 1869 avec les symptômes d'une fièvre typhoïde dont la convalescence commence le 11 novembre.

Le 13 novembre. — Le malade s'est aperçu hier que le testicule gauche était enflé, un peu douloureux à la pression; il n'existe *pas d'urétrite, mais le malade a déjà eu une orchite du côté gauche*, contractée en montant à cheval; cette orchite était du reste complètement guérie depuis longtemps, et le testicule était revenu à l'état normal. Il existe un gonflement peu douloureux de l'épididyme qui est dur; le testicule du côté gauche est aussi tuméfié et douloureux, mais la tuméfaction du testicule est beaucoup moins marquée que celle de l'épididyme (cataplasmes, applications de pommade mercurielle, suspensoir).

Le 17 novembre. — La tuméfaction du testicule gauche et celle de l'épididyme ont beaucoup diminué, mais l'épididyme est encore dur. Pas de douleur.

Le 23 novembre. — Le malade sort guéri; il ne reste plus qu'un peu d'induration de l'épididyme.

OBSERVATION XX

LAVERAN, OLLIVIER, *ibidem*, p. 970.

Il s'agit d'un malade placé à l'hôpital Saint-Martin, dans le service de M. le docteur COINDET, qui, à la suite d'une fièvre typhoïde très grave, fut atteint d'une orchite qui suppura ; il fallut ouvrir un foyer fluctuant, et la plus grande partie du testicule fut éliminée par l'ouverture de l'abcès. Le malade guérit.

OBSERVATION XXI

LAVERAN, OLLIVIER, *ibidem*, p. 970.

C..., 22 ans, clairon au 125^e de ligne, entre au Val-de-Grâce, le 12 juin 1878, pour une fièvre typhoïde dont le début remonte à quatre jours, et qui évolue normalement par la suite.

Le 8 juillet. — Le malade commence à se lever et mange ; il paraît être en pleine convalescence.

Le 11 juillet. — Il est pris de fièvre dans le courant de la journée et obligé de se coucher ; la température, qui était de 37° 1 le matin, monte à 38° 4 le soir. En même temps, vive douleur dans le testicule droit ; il existe une épididymite de ce côté. Le testicule ne paraît pas malade.

Le 12 juillet. — La peau des bourses est rouge, tuméfiée, douloureuse à la pression ; le testicule n'a pas augmenté de volume. *Jamais de blennorragie* ; pas d'écoulement dans l'urètre, pas de traumatisme ; pas de tuméfaction des parotides. Apyrexie (onguent mercuriel, ouate, suspensoir).

Le 15 juillet. — L'épididyme est moins volumineux, les douleurs ont disparu. État général très satisfaisant. Apyrexie ; les forces reviennent.

Le 24 juillet. — La tête de l'épididyme est encore volumineuse, indurée ; pas de douleurs spontanées, ni à la pression.

Le 28 juillet. — Encore un peu d'induration de la tête de l'épididyme ; le malade part en convalescence.

OBSERVATION XXII

EDWARD P. MANLEY, *The Lancet*, 1882, t. II, p. 1065.

Pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde de forme légère, le malade est atteint brusquement d'une orchite du côté gauche, accompagnée d'une sensibilité extrême des deux mollets; le malade parle même d'une phlébite de la veine saphène externe. Le testicule devient gros et douloureux et cet état aigu persiste une dizaine de jours.

Le scrotum est rouge, *pas d'écoulement urétral*, pas d'épididymite, le cordon spermatique est cependant un peu plus sensible qu'à l'état normal.

Au bout de dix jours, tous les phénomènes d'inflammation disparaissent.

OBSERVATION XXIII

LARQUIER, Th. de doctorat, Paris, 1882.

Homme de vingt-trois ans, qui est pris, au commencement de sa convalescence, d'une douleur dans le testicule gauche. Le testicule est volumineux et douloureux à la pression. Le scrotum est tuméfié et d'un rouge violacé. Elancements douloureux dans le cordon.

L'inflammation envahit ensuite l'épididyme, qui devient douloureux et qui présente au niveau de sa tête un petit noyau d'induration indolore. Au bout de seize jours, le malade est guéri; l'épididyme reste un peu volumineux et présente une légère induration au niveau de la tête.

OBSERVATION XXIV

LARQUIER, *ibidem*.

Dans le cours d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité, quelques jours avant la convalescence, un jeune homme de 19 ans, d'une constitution chétive et d'un tempérament scrofuleux, se plaint de douleurs très vives dans le testicule gauche.

La peau du scrotum est rouge, tendue, tuméfiée, le testicule gonflé, dur, très douloureux.

L'épididyme, qui d'abord était indemne, se tuméfie.

Le cordon, empâté, rénitent, est le siège de douleurs très vives lorsqu'on le comprime. La tuméfaction et la douleur diminuent peu à peu, et, au bout de neuf jours, le malade est guéri.

OBSERVATION XXV

J.-B. HAMILTON, *The Lancet*, t. II, p. 4039.

Un jeune officier est atteint à Dublin d'une fièvre très intense.

Vingt jours après le commencement de la convalescence, alors qu'il était constipé depuis trente-six heures, il ressent tout à coup une douleur violente dans la fosse iliaque droite.

L'examen révèle une grande sensibilité dans une portion considérable de l'abdomen et la présence d'une orchite du testicule droit avec fièvre intense et élévation notable de la température. Le malade guérit très vite, il est à remarquer que le scrotum ne fut pas enflammé, que l'épididyme ne fut pas atteint, que le cordon droit fut seulement douloureux à la pression.

OBSERVATION XXVI

SADRAIN, Thèse, Paris, 1883.

Un médecin de la marine, M. Ch. de Gouyon, a observé, à l'hôpital Saint-Mandrier de Toulon, un malade âgé de 22 ans, qui, entré avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde arrivée au 7^e jour, présenta le lendemain même ceux d'une orchite aiguë inflammatoire que l'absence de traumatisme, d'écoulement urétral, de symptômes de tuberculose semblait devoir faire rattacher à la dothiéntérie. Cette orchite se termina par résolution.

OBSERVATION XXVII.

SADRAIN, Thèse, Paris; 1883.

Pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde de moyenne

intensité, un jeune homme de 19 ans est pris brusquement d'une douleur assez vive dans le testicule gauche. La nuit, vomissements verdâtres. La peau des bourses est rouge, chaude ; *la tunique vaginale est le siège d'un épanchement* ; le testicule est douloureux, ainsi que l'épididyme, dont le volume est augmenté. La pression exercée sur le cordon détermine une douleur assez vive. Les phénomènes inflammatoires et la douleur diminuent peu à peu, et au bout de dix-huit jours le malade est guéri, mais le testicule reste un peu dur.

Cinq jours avant le début de l'orchite, il avait eu une poussée fébrile coïncidant avec un catarrhe passager des voies urinaires.

OBSERVATION XXVIII

SEVESTRE, *Union médicale* du 18 novembre 1882, n° 157.

Pendant la convalescence, le malade, en se promenant, ressent tout à coup une vive douleur dans le testicule droit, douleur qui augmente rapidement d'intensité et l'oblige à se coucher.

Le testicule devient volumineux, dur et très douloureux. La bourse droite est rouge et tendue, l'épididyme paraît sain, le cordon est légèrement douloureux.

Au bout de vingt jours, le malade est guéri.

Il est à remarquer que, *dix ans auparavant, ce malade a eu une orchite du côté droit, non consécutive à une blennorrhagie, qui a cédé en deux ou trois jours.*

OBSERVATION XXIX

HARRISON, *The Lancet*, 9 juin 1883.

M. X. . . , après avoir supporté les fatigues de la dernière campagne d'Egypte, arriva au Caire avec son bataillon le 17 septembre. Le 17, après quelques jours de malaise, il présenta un violent mal de tête, une élévation de température et d'autres symptômes qui, après avoir offert un aspect un peu inaccoutumé, prirent les traits caractéristiques de la fièvre typhoïde. Les tâches rosées, le caractère des selles, l'état de la langue, l'hypertrophie de la rate et la congestion pulmonaire étaient très marqués.

Le 27 octobre. — Il paraissait assez convalescent, quoique encore faible, pour quitter le Caire, par le bateau qui descend le Nil jusqu'à Alexandrie, et de là se rendre en Angleterre par mer.

Le 14 novembre. — Il fut repris d'une légère diarrhée durant son voyage, et à son arrivée en Angleterre, le 14 novembre, il fut exposé au vent froid de l'est qui dominait alors. Le jour suivant, sa température était de 99° 2 Fahrenheit.

Dans l'après-midi du 16, il fut pris, soudain, d'une douleur dans le testicule droit, qui devint très vive durant la nuit.

Le 17 novembre. — Le testicule était considérablement augmenté de volume, le scrotum rouge et œdématié, l'épididyme n'était que peu atteint. *Pas d'urétrite*, ni de traumatisme pour expliquer cette orchite aiguë. Vu la faiblesse du malade, on ne le saigna point.

Application belladonnée et opiat.

Le 18. — Le malade ressentait dans le testicule une douleur extrême qui revenait par crises; son cordon spermatique était gros et sensible. Température 102° 8.

Le 21. — La température était de 101° 4; le pouls battait 96 fois par minute.

Le 27. — On percevait une fluctuation peu nette.

Sir James PAGET, qui avait vu le malade le 21, fut d'avis de pratiquer une exploration avec l'aiguille d'une seringue à injections hypodermiques, mais on ne trouva point de pus, probablement parce que l'aiguille était passée au travers d'une portion de tissu mortifié qui s'élimina ensuite.

Le 13 décembre. — La fluctuation était nette. Deux incisions furent pratiquées qui donnèrent issue à très peu de pus. Le 14, la température était de 39°.

Une petite portion de tissu mort s'engagea entre les lèvres de la plaie supérieure et continua à augmenter; quand elle eut atteint le volume d'une amande, elle s'élimina à la fin du mois, et les deux ouvertures se fermèrent complètement.

Actuellement, le testicule est très atrophié, mais il n'est résulté aucun autre trouble.

OBSERVATION XXX

OLLIVIER, Contribution à l'histoire de l'orchite typhoïdique, in *Revue de Médecine*, 1883, p. 838.

Le nommé G... Joseph, âgé de 20 ans, garçon marchand de vin, est admis le 2 mars 1866 dans le service de GRISOLLE, salle Sainte-Jeanne, n° 11.

Au milieu de janvier, il a été atteint d'*oreillons*; la tuméfaction de la région parotidienne a duré six jours. Au bout de ce temps, survint un *gonflement du testicule droit* qui était très douloureux, ce gonflement persista pendant une semaine. Consécutivement le testicule subit une atrophie considérable. Quant au testicule gauche, il n'aurait été ni douloureux, ni tuméfié.

Le malade reprit son travail dans les premiers jours de février; mais le 27 du même mois il fut obligé de le quitter pour garder le lit. Il commençait une fièvre typhoïde, qui revêtit par la suite la forme ataxique, et dont la convalescence débuta le 5 avril.

La convalescence suivait son cours, lorsque, le 20 avril, le malade raconte que la veille il est descendu au jardin, qu'il s'y est promené une heure ou deux et qu'après cette promenade il a commencé à ressentir une douleur vive dans l'épididyme gauche, surtout à son extrémité postérieure. Cette douleur devint même si forte qu'il fut obligé de se mettre au lit immédiatement après son dîner. Interrogé pour savoir s'il ne s'est pas donné un coup, il répondit négativement.

À l'examen on constate que l'épididyme est plus gros qu'à l'état normal, et qu'il est très douloureux à la moindre pression. Le testicule est endolori, mais non tuméfié. Il n'existe aucune douleur spontanée dans le pli de l'aîne et le palper sur cette région n'en provoque pas.

Testicules relevés au moyen d'un coussin.

Cataplasmes.

Le 21. — Même état de l'épididyme; le testicule est douloureux, son volume a augmenté. Pas d'épanchement dans la vaginale. Pas de sensibilité anormale sur le trajet du canal déférent.

Le 22. — La tuméfaction et la douleur du testicule et de l'épididyme diminuent. Le testicule atrophié, le testicule droit, ne présente aucun changement.

Le 23. — La douleur continue à diminuer, mais non la tuméfaction.

Le testicule est lourd, consistant et le scrotum est oedématié.

On constate toujours l'absence de douleur au niveau du cordon.

Le 30. — Le gonflement du testicule et de l'épididyme, ainsi que la douleur, ont disparu.

OBSERVATION XXXI

OLLIVIER, *ibidem*, p. 840.

Un garçon de 14 ans, atteint de fièvre typhoïde légère à forme muqueuse, ressentit, en se réveillant, une douleur dans l'aîne du côté droit, le vingtième jour, alors qu'il ne s'était pas encore levé, mais qu'il commençait déjà sa convalescence.

En même temps, il s'aperçut avec surprise que le testicule de ce côté était gonflé et légèrement douloureux. Le médecin consulté l'accusa d'avoir contracté un écoulement blennorrhagique.

Il ne s'agissait pas d'oreillons; le jeune homme les avait eus quatre ans auparavant.

La peau du scrotum était légèrement rouge, oedémateuse. La tumeur constituée par la glande était ovoïde, nullement bosselée et avait à peu près le volume d'un œuf de poule. Il existait seulement une légère douleur dans le cordon au niveau de l'anneau.

Purgatif et cataplasmes.

Les jours suivants, la tumeur n'augmenta pas de volume et les douleurs ne devinrent pas plus vives. Au bout de huit jours à peine, tout était terminé, et, la semaine suivante, le malade put se lever et marcher.

OBSERVATION XXXII

OLLIVIER, *ibidem*, p. 841.

Un étudiant en médecine, âgé de 26 ans 1/2, ressentit, le onzième jour de la convalescence d'une fièvre typhoïde assez grave, un peu de gêne, de tiraillement dans l'aîne du côté gauche. Il lui semblait par moments que le testicule gauche pesait plus qu'à l'ordinaire.

Le lendemain, douleur assez vive dans le testicule, qui est tuméfié, sans que l'épididyme le soit. Gêne le long du cordon, plus accusée

s'exagérant lorsque le malade se penche en arrière, diminuant lorsqu'il se penche en avant.

Le jeune homme va et vient, il sort environ une heure après dîner.

La nuit, il est réveillé deux fois par une douleur cuisante partant du testicule et remontant dans l'aîne tout le long du cordon.

Le testicule est très douloureux au toucher.

Le jour suivant, le cordon devient lisse et se distend ; le testicule augmente de volume ; les douleurs envahissent même la fosse iliaque ; d'abord intermittentes, elles deviennent bientôt continues ; le moindre mouvement arrache des cris au malade. La fièvre est très forte.

A partir du sixième jour, les phénomènes locaux et généraux diminuent.

Le deuxième jour, le testicule est toujours induré, mais le malade n'éprouve plus aucune douleur.

A la fin, la glande revient à son volume normal, elle n'est plus indurée, mais elle reste sensible au toucher.

La blennorrhagie, le coït ou la masturbation ne pouvaient être mis en cause.

OBSERVATION XXXIII

MOLLIÈRE et AUGAGNEUR, Dictionnaire des Sciences médicales.

Le malade sortait de l'hôpital quand la complication s'est montrée.

L'épididyme était atteint de telle sorte qu'en dehors de la notion des antécédents, il eut été absolument impossible de différencier la lésion de celles déterminées par la blennorrhagie.

Il n'y avait rien dans l'urètre, mais comme l'urine était un peu trouble, on rechercha le gonocoque dans le dépôt.

Il fut impossible de le trouver, ce qui d'ailleurs était en rapport avec les déclarations du malade disant *n'avoir jamais eu de blennorrhagie*.

Le canal déférent était un peu tuméfié et douloureux. La résolution fut complète au bout de huit jours.

OBSERVATION XXXIV.

typhoïde.

MOIZARD (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques* 1885,
article 12956, p. 297).

Un homme de 23 ans, *n'ayant ni syphilis, ni blennorrhagie*, entre à l'Hôtel-Dieu le 25 décembre 1884, atteint d'une fièvre typhoïde grave qui fut suivie d'une rechute. La convalescence s'établit nettement le 20 mars, et le malade était sur le point de quitter l'hôpital quand, le 5 avril, il ressentit en se levant une légère, douleur dans le testicule droit.

C'est seulement le 7 que le malade signale le fait. On constate, ce jour là, une épididymite : le cordon est dur, tuméfié, douloureux ; le testicule augmenté de volume ; il est douloureux à une pression légère ; le scrotum est rouge et légèrement empâté.

Le malade n'a pas fait d'effort ; il a marché seulement dans la salle, pas de trouble de la miction, pas d'urétrite. Avec les douleurs, la fièvre reparaisait, mais légère, accompagnée d'inappétence et d'insomnie.

Les jours suivants, le testicule augmente notablement de volume, se confond avec l'épididyme et est le siège de douleurs violentes, spontanées et provoquées par une pression même légère. A la palpation, on perçoit une rénitence qui fait penser à l'existence d'un épanchement dans la vaginale, mais bientôt le scrotum s'empâte de plus en plus et contracte des adhérences profondes ; la rougeur de la peau s'accroît et, le 28 avril, 23 jours après le début des accidents, il existe à la région scrotale antérieure une induration phlegmoneuse.

Le 3 mai. — La fluctuation est manifeste ; une incision est pratiquée ; il s'écoule un pus phlegmoneux, qui paraît provenir et du parenchyme testiculaire lui-même et de la vaginale incomplètement bridée par des adhérences au niveau de l'incision.

Un pansement antiseptique est pratiqué. Immédiatement après cette légère opération, le malade est soulagé ; la fièvre et les douleurs cessent, l'appétit et le sommeil reparaissent. Dès le 5 mai, on aperçoit entre les lèvres de la plaie une masse grisâtre, formant une sorte de champignon, absolument insensible, présentant toutes les apparences du tissu testiculaire.

La saillie du fongus s'accroît, excision sans douleur ; mais, les jours suivants, le tissu testiculaire fait de nouveau saillie entre les

lèvres de la plaie et le fungus est plus volumineux que la première fois. Il est excisé le 9 mai, sans douleur, sans écoulement de sang. A partir de ce jour, tout le tissu testiculaire ayant été éliminé, la plaie bourgeonne et se rétrécit rapidement.

Le 11 mai. — On extrait un lambeau de tissu fibreux grisâtre, appartenant à l'albuginée, et dès lors les progrès de la cicatrisation sont rapides.

Le 16 mai. — La plaie est complètement fermée, et le malade peut quitter l'hôpital.

Le 1^{er} juin. — A ce moment, l'examen des bourses fait constater, à droite et à la partie moyenne de la région antérieure, une cicatrice déprimée fortement, adhérente aux tissus sous-jacents. A la palpation, on perçoit encore une tuméfaction légère au niveau du cordon, jusqu'à l'anneau inguinal, puis une masse dure, non douloureuse, allongée, qui est nettement constituée par l'épididyme, au-dessous duquel on sent une petite saillie indurée, formée sans doute par l'albuginée.

OBSERVATION XXXV

DESHAYES (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1885, art. 12986, p. 355).

Un homme de 25 ans, n'ayant jamais eu ni blennorrhagie, ni syphilis, fut atteint d'une fièvre typhoïde grave. Il était en convalescence depuis huit jours quand sa température s'éleva à 40° 5, son pouls devint fréquent, petit, filiforme ; sa peau devint sèche et brûlante. Il avait une orchite du côté gauche ; le testicule était triplé de volume et très douloureux au toucher.

Glace, cataplasmes, potion au sulfate de quinine. Mais les accidents fébriles qui étaient survenus brusquement, comme en cas d'embolie, augmentèrent et le malade succomba très rapidement, vingt-quatre heures après l'apparition de l'orchite.

OBSERVATION XXXVI.

HALBOUT (*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1885, art. 13.042, page 455).

Un jeune homme, avec tous les symptômes d'une fièvre typhoïde

grave, dont le début remonte à une douzaine de jours, présente de la rétention d'urine depuis vingt-quatre heures. *Au moment de pratiquer le cathétérisme*, on s'aperçoit qu'il existe une orchite gauche très douloureuse, très évidente, dont le malade ne s'était pas plaint. *Pas d'accident vénérien*, peut-être masturbation. On le sonde et on prescrit un traitement (quinine, potion tonique, potages, lavements et cataplasmes).

Cinq jours après, l'orchite n'est pas douloureuse ; le testicule reste volumineux pendant plus longtemps.

Quant à la parésie de la vessie, le cathétérisme fut nécessaire durant sept jours.

OBSERVATION XXXVII

TAVEL. — *Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte*, 1887, page 590. (Traduite dans la thèse de Pein).

Le 21 décembre 1886. — Kocher, de Berne, reçut dans sa clinique un homme de trente-cinq ans, qui avait été soigné à l'hôpital, pour une fièvre typhoïde, de la fin de septembre au milieu de novembre de la même année. A la fin de ce séjour à l'hôpital, le malade avait ressenti de soudaines et vives douleurs dans le testicule gauche.

En quelques jours, celles-ci acquéraient une acuité extrême ; le scrotum devenait rouge et le testicule augmentait de volume.

Cette poussée inflammatoire était accompagnée d'une fièvre assez forte, la température oscillait entre 38° 5 et 39°.

Le 21 décembre. — Cinq semaines après le début de cette orchite, la fièvre est tombée ; le testicule est moins volumineux, car il n'a plus que la grosseur d'une petite pomme, mais il adhère à ses enveloppes. La peau du scrotum est dure, œdémateuse, tendue ; les annexes de l'appareil génital, prostate, vésicules séminales, canal déférent, sont saines.

La tumeur est dure, mais il existe à sa surface quatre petits abcès rougeâtres, nettement fluctuants.

Ponction des quatre abcès ce même jour, 21 décembre. Séance tenante, on ensemença le pus : 1° dans des tubes de gélatine peptone ; 2° d'après la méthode d'Esmarch, sur des plaques enroulées ; 3° dans trois tubes de gélose nutritive qui furent placés dans une étuve à 32°.

Coloré au bleu de méthylène, le pus fut étendu sur lamelles pour l'examen microscopique.

On vit dans ces préparations des bacilles en nombre variable, ayant des longueurs différentes, mais une épaisseur constante. Quelques-uns, présentant des points réfringents, se trouvaient en dehors des capillaires rompus, dans de gros globules de pus. Ajoutons que ces bacilles ne se colorèrent que difficilement et à la longue avec le bleu de méthylène et que la méthode de Gram ne colora aucun micro-organisme du pus examiné.

Au bout de quelques jours, on trouva dans l'un des tubes de gélatine-peptone 3 colonies bactériennes; dans un autre, on en put compter une cinquantaine; un 3^e tube n'en contenait aucune. Ces colonies ne liquéfièrent pas la gélatine. Examinées à la loupe, elles présentent toutes le même aspect. Au microscope, on voit les bacilles sous des formes multiples. Ils sont plus ou moins mobiles, mais leurs mouvements sont peu rapides, toutefois on observe à leur centre une partie non colorée.

Les cultures obtenues sur l'agar-agar étaient semblables aux cultures témoins du bacille typhique que nous avons fait venir du laboratoire de Koch. Ensemencées à leur tour sur pommes de terre, ces cultures, retirées de l'agar-agar, donnèrent naissance à des colonies qui se sont comportées comme celles du bacille typhique, puisqu'elles n'ont pas altéré la couleur de la pomme de terre.

Le pus de cette orchite ne renfermait qu'un microbe, le bacille typhique.

Nos examens microscopiques, les différentes cultures que nous avons obtenues n'ont décélé la présence d'aucun autre micro-organisme. Nous en concluons donc que cette orchite, bien qu'elle ne soit survenue que dans la convalescence de la fièvre typhoïde, a été causée par l'intrusion du bacille typhique dans le parenchyme testiculaire. Une métastase s'est faite dans la glande séminale et non dans les organes voisins: prostate et voies urinaires, qui sont restés indemnes.

Nous primes de l'urine dans la vessie même, mais nous n'y trouvâmes aucun bacille. C'est seulement lorsqu'il existe un foyer de bacilles dans le parenchyme rénal que les urines sont albumineuses et qu'elles contiennent des bacilles spécifiques. (Cette assertion n'est plus admise aujourd'hui.)

OBSERVATION XXXVIII

D^r JACCOUD (*Gazette des hôpitaux*, 26 avril 1896).

Il s'agit d'un malade atteint d'une dothiéntérie qui fut suivie d'une orchite droite. Au moment de la convalescence, la température s'éleva, atteignit jusqu'à 40° et dura plus de 15 jours.

Localement, l'orchite débuta par des douleurs d'abord peu vives qui augmentèrent peu à peu. Le gonflement du testicule alla croissant pendant plus d'un mois et s'accompagna de rougeurs très vives de la peau.

Les douleurs envahirent tout le cordon, mais l'épididyme resta indemne; il s'agissait donc d'une orchite vraie.

Au bout d'un mois, petite pustule d'où s'écoula une certaine quantité de pus; 15 jours plus tard, deuxième pustule suivie de l'élimination d'un bourbillon du parenchyme testiculaire.

La suppuration dura un mois. Elle était due au bacille d'Eberth pur.

OBSERVATION XXXIX

MÉNÉTRIER et THIROLOIX (PEIN. Th. de doctorat. Paris, 1891, page 18).

Jean C..., jardinier, âgé de 20 ans, entre, le 24 septembre 1890, à la Pitié, dans le service de M. le professeur JACCOUD, salle Jenner, lit n° 7.

Il est au huitième jour d'une fièvre typhoïde.

Le 5 octobre. — La température est revenue à la normale.

Le 12 octobre. — Elle s'élève brusquement le soir et, en 48 heures, elle atteint 39°5. C'est une rechute.

Du 12 au 28 octobre. — Durée de la rechute.

Le 29 octobre. — Commencement de la convalescence de la rechute.

Du 29 octobre au 1^{er} novembre. — La convalescence de la rechute se continue avec une température inférieure à 37°.

Début de l'orchite, XLIV^e jour de la maladie, le malade accuse dans le testicule droit une douleur, non très vive, mais dont il se plaint. La glande est plus sensible à la pression, mais elle n'a changé ni de volume, ni de consistance. Pas d'adénopathie inguinale.

Le 4 novembre. — La douleur persiste en s'exagérant; toutefois la température ne dépasse pas 37°8. Le testicule a augmenté de volume, il est très dur. A sa partie supérieure, on sent une tuméfaction très nette et très douloureuse.

Le 5 novembre. — Toute la glande est prise, le testicule a plus que doublé de volume, il est dur, douloureux, non transparent. L'épididyme n'est pas tuméfié. La peau du scrotum est rouge, luisante. On provoque de vives douleurs, en palpant le cordon.

Le 7 novembre. — Une ponction aseptique faite avec la seringue de Pravaz en pleine tumeur ne donne aucun liquide. On enduit le scrotum d'onguent napolitain.

Recrudescence de l'orchite.

Le 10 novembre. — La température, qui le matin était de 37°6, s'élève brusquement à 40°, sous l'influence d'une crise inflammatoire qui va durer huit jours.

Effectivement, du 10 au 17 novembre, la température reste supérieure à 38° et les douleurs acquièrent une acuité considérable; elles deviennent ascendantes, envahissent le cordon, s'irradient dans les lobes.

Le 12 novembre. — Le testicule a le volume d'un gros œuf de poule. Il est dur, résistant, douloureux, non adhérent à la peau. Il s'agit d'une orchite au vrai sens du mot, c'est-à-dire d'une phlegmasie testiculaire à laquelle ne participera pas l'épididyme. On pose 4 sangsues le long du cordon.

Le 14 novembre. — Pommade à l'iodure de plomb.

A partir du 17, la température baisse graduellement, l'orchite persiste néanmoins.

Du 17 novembre au 7 décembre. — La température reste normale, sauf 1 seul jour, le 4 décembre, et cependant l'inflammation testiculaire ne s'amende pas. « Pour une inflammation parenchymateuse destinée à finir par la suppuration, cette durée d'un mois est tout à fait exceptionnelle ». (Jaccoud, Clinique du 20 janvier.)

Le 7 décembre. — Adhérences entre le testicule et les téguments. Au centre de l'empâtement, se forme un premier abcès, gros comme une noisette, fluctuant; la peau est rouge, tendue.

Le 11 décembre. — La peau menace de s'abcéder. Ponction: liquide blanchâtre, lactescent; ce n'est pas le pus lié et épais des suppurations ordinaires.

On procède immédiatement à un examen lamellaire: globules de

pus et microbes dont la morphologie est celle des bacilles d'Eberth, absence complète de cocci.

Le 14 décembre. — Apparition d'un second abcès. On l'ouvre et on réunit par un drain les orifices de ces deux premiers abcès, afin d'assurer le libre écoulement du pus. Il s'élimine un bourbillon blanchâtre qu'un examen microscopique montre composé de tubes séminifères très nets.

Le 16 décembre. — Apparition de deux nouveaux points purulents; on les ouvre et on retire une matière épaisse constituée par du parenchyme testiculaire.

A partir du 19 décembre, amélioration de l'état général du malade.

Le 25 décembre. — On enlève le drain et on remplace le pansement antiseptique par un simple emplâtre de diachylon.

La cicatrisation s'établit, la convalescence s'achève sans incident et le 25 janvier 1891 le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

Son testicule droit a complètement disparu dans cette fonte purulente; l'épididyme droit reste indemne.

Expériences bactériologiques de M. THIROLOIX.

Immédiatement après la ponction du 11 décembre, le pus futensemencé et étendu sur lamelles. Au microscope, on constata, au milieu de nombreux leucocytes, la présence d'une grande quantité de bacilles allongés, effilés aux deux bouts, se colorant mal par l'aniline et présentant un espace clair à leur partie centrale.

Les cultures furent faites sur gélose nutritive, sur gélatine-peptone et dans du sérum.

Les tubes d'agar et de sérum furent placés dans une étuve à 38°, ceux de gélatine restèrent à la température ordinaire du laboratoire. Dès le lendemain, on ne trouvait dans les tubes que les colonies d'un microbe unique, d'un bacille court en bâtonnet ayant la morphologie du bacille d'Eberth et animé dans le sérum de mouvements très rapides.

Le pus recueilli le 16 décembre, dans la seconde ponction, fut cultivé sur gélatine fuchsinée et sur agar fuchsinée. On obtint encore des colonies ayant l'aspect caractéristique de celles du bacille d'Eberth, colonies ressemblant aux reliefs géographiques, rappelant les paysages lunaires, avec leurs alternatives d'ombre et de lumière.

La culture sur agar fuchsinée a donné, outre la strie bacillaire

fortement colorée, deux stries parallèles décolorées, les stries caractéristiques récemment découvertes par Gasser.

Les colonies du tube d'agar provenant du pus de la 1^{re} ponction furent dissoutes dans du bouillon, puis inoculées dans le péritoine d'une souris. Celle-ci mourut au bout de 12 heures, après avoir eu une diarrhée abondante. Tous les liquides de cette souris : sang, sérosité péritonéale, suc extrait du tube intestinal, liquide diarrhéique, tous les parenchymes n'ont fourni que des cultures du bacille d'Eberth.

OBSERVATION XL

SOREL OLLIVIER, *ibidem*, p. 971.

F..., 23 ans, artilleur, entre à l'hôpital de Sétif, le 10 novembre 1880, au 6^{me} jour d'une fièvre typhoïde restée légère. Taches rosées à la base du thorax et sur l'abdomen. Apyrexie au 22^{me} jour, le 22 novembre.

Le 22 novembre. — Constatation d'une épидидymite à droite, datant de la veille ; en même temps, le testicule gauche peu volumineux est flasque et sans consistance. *Le malade n'a eu ni oreillons, ni blennorrhagie.*

Le 1^{er} décembre. — Le testicule a repris sa consistance normale ; il reste encore un point à la tête de l'épididyme qui disparaît bientôt.

OBSERVATIONS XLI ET XLII

SOREL (*Bulletin et Mémoire de la Société médicale des Hôpitaux*, 1889, p. 236).

SOREL rapporte que, parmi 871 cas de fièvre typhoïde observés pendant 10 ans (de 1879 à 1888), il constata deux fois une épидидymite survenue pendant la convalescence, l'une à droite, l'autre à gauche ; un troisième malade présenta de l'orchite. Le premier n'eut pas de fièvre, le second eut des symptômes fébriles et l'attaque finit le 8^e jour.

OBSERVATION XLIII.

GIRODE (*Archives générales de médecine*, janvier 1892).

Col... Maxime, 29 ans, garçon de bureau, entre, le 22 mai 1891, à l'hôpital Beaujon, salle Barth, lit n° 25, service de M. le Dr Millard.

Le début de l'affection actuelle remonte à quinze jours ; le malade garde le lit seulement depuis neuf jours. Les premiers symptômes ont consisté en céphalalgie, courbature, épistaxis, anorexie, vomissements, diarrhée, fièvre progressivement accrue.

Etat actuel. — Aspect typhoïde très prononcé, décubitus dorsal immobile, narines pulvérulentes, langue grillée, réponses difficiles et vagues.

Le ventre est ballonné, peu douloureux, recouvert d'une éruption moyennement confluyente de taches rosées lenticulaires, qui empiète un peu sur la région thoracique. La diarrhée persiste. On note des urines rares, foncées, fortement albumineuses.

Le pouls est à 92, un peu mou, régulier. Il existe de l'accélération de la respiration, de la toux sèche et l'exploration physique révèle une bronchite généralisée assez intense, avec de nombreux râles humides aux deux bases en arrière.

On institue le traitement par les bains froids.

Le 25. — La stupeur est moins marquée, les réponses plus nettes, la langue humide. Le poumon continue à donner une note fâcheuse et dominante. Ventouses sèches répétées.

Le 26. — Quelques stries de sang dans les selles. Pour le reste, état stationnaire.

Le 28. — Les phénomènes de bronchite diffuse avec hypostase sont encore plus accentués. Les râles humides prennent le timbre sous-crépitant et éclatent à la suite des quintes de toux. Pouls plus développé, un peu dicrote.

Le 30. — Il s'est développé dans la nuit une tuméfaction de la moitié droite des bourses, avec rougeur et un peu de chaleur locale. L'exploration du testicule droit à travers les enveloppes est facile et révèle l'existence d'un gonflement inflammatoire assez dur qui

paraît limité à l'épididyme: le testicule ne semble pas sensiblement plus gros et n'est pas douloureux. La sensibilité de l'épididyme lui-même n'est pas très vive. La moitié gauche du scrotum est normale. Le trajet du cordon à droite n'offre rien de particulier.

Il n'existait pas de blennorrhagie à l'entrée, ni auparavant, et l'urètre est actuellement tout à fait normal.

Le malade urine spontanément et régulièrement.

Les taches rosées du tronc ont en partie disparu.

Le ventre est plus souple, l'état général notablement plus satisfaisant. N'étaient la persistance ou même l'aggravation des phénomènes bronchitiques touchant à la broncho-pneumonie, l'impression serait plus favorable.

Le 2 juin. — La température tend à s'élever un peu: la dyspnée a fait des progrès; la toux est fréquente, l'expectoration légère et mucopurulente. A l'auscultation, même prédominance des foyers de râles sous-crépitaux, se percevant jusqu'au sommet et sous les clavicules.

Le 4. — Dyspnée continue. Cyanose. L'affection épидидymaire a conservé absolument les mêmes caractères, le gonflement est seulement un peu plus prononcé et en apparence tout à fait indolent.

Le 5. — Le malade succombe aux progrès de l'asphyxie à 1 h. 30 du matin.

Relevé des températures :

23 mai.....	38°6 et 38°7
24 —	38°4 et 38°
25 —	38°3 et 38°
26 —	37°9 et 38°8
27 —	38°3 et 38°1
28 —	38°3 et 38°5
29 —	37°7 et 38°1
30 —	37°7 et 38°
31 —	37°9 et 38°
1 ^{er} juin.....	38°4 et 38°1
2 —	38°6 et 38°4
3 —	38°6 et 38°1
4 —	38°5 et 38°6

Autopsie le 6 juin à 10 heures.

La cavité péritonéale est vide. L'intestin grêle est un peu distendu par des gaz. Sa couleur extérieure est à peu près normale ; c'est seulement vers le cœcum qu'on aperçoit par transparence quelques taches brunâtres, à l'opposé du mésentère, faisant présumer l'altération des plaques de Peyer.

La cavité de l'intestin contient une petite quantité de matières liquides d'une teinte brun sale.

Les dernières plaques de Peyer sont fortement altérées, tuméfiées, faisant une saillie de plus d'un millimètre sur le reste de la muqueuse : la teinte est brun rougeâtre ; la surface présente un état gaufré, tout à fait caractérisé. En quelques points s'ajoute à l'aspect précédent la présence d'ulcères cupulaires altérant l'uniformité de la plaque. Il existe aussi, disséminés en divers points de la muqueuse de l'intestin grêle, des follicules clos tuméfiés et saillants, dépassant le volume d'un pois, dont quelques-uns présentent à leur centre un ulcère folliculaire profond. Partout ailleurs, la muqueuse a un aspect normal.

Le gros intestin est vide, il offre une teinte foncée et une légère saillie de ses follicules isolés.

Les ganglions mésentériques sont modérément tuméfiés et noirs.

L'estomac est un peu dilaté. La muqueuse présente un certain degré mamelonné et des plaques ardoisées.

La rate est très volumineuse et pèse 500 gr.

Il existe une rate supplémentaire du volume d'une noix dans le repli gastro-splénique. La consistance de la rate est relativement assez ferme et a la teinte lie de vin.

Le foie est un peu augmenté de volume et présente une coloration uniformément sale, tirant vers le jaunâtre. Il existe seulement sur la capsule, et de préférence à la convexité du lobe droit, une série d'ilots infarciés dont l'aspect noir tranche vivement sur la décoloration du reste de l'organe. La consistance de la substance hépatique est faible, comme pâteuse ; l'organe grasse manifestement le couteau et le papier. La vésicule est affaissée et ne contient que quelques gouttes de bile jaune noirâtre, très fluide.

Les reins sont un peu tuméfiés, fermes, la substance corticale est presque noire. La vessie est vide.

Les poumons sont volumineux et adhèrent partiellement des deux côtés par des stalactites anciennes peu développées.

Leur substance est uniformément partagée en ilots saillants, grisâtres, emphysémateux et en zones déprimées, occupant le sommet comme la base, noires, consistantes, plongeant complètement et offrant l'aspect de l'hépatisation broncho-pneumonique.

A l'expression, on voit, sur quelques coupes, sourdre une gouttelette de pus de quelques petites bronches. Il n'y a pas de tubercule.

Les ganglions du hile sont tuméfiés et très apparents.

Le péricarde est vide. Le cœur est à peine augmenté de volume par dilatation des cavités, flasque, pâle. La paroi ventriculaire gauche est tout à fait d'une teinte feuille morte et amincie. Les quatre cavités contiennent un peu de sang liquide. Il y a de plus des caillots fibrineux dans le ventricule droit. L'appareil valvulo-orificiel est sain. L'aorte n'offre que quelques plaques et crêtes d'athérome.

L'appareil vasculaire afférent *au côté droit du scrotum* est plus développé et congestionné. La cavité vaginale droite renferme 4 à 5 centimètres cubes de sérosité légèrement sanguinolente. Du reste, la séreuse a conservé son poli et offre seulement un peu plus de vascularisation, pour le feuillet pariétal, à mesure qu'on approche de l'épididyme. Toute la glande testiculaire proprement dite est normale de couleur, de consistance et d'aspect sur les coupes. Mais l'épididyme est notablement modifié. Cet organe étant isolé avec soin, ainsi que le canal déférent et les principaux vaisseaux, il est aisé de reconnaître que la tuméfaction constatée pendant la vie occupe la queue de l'épididyme. Cette dernière région est volumineuse et dépasse la saillie, la tête surtout, en largeur.

Elle offre une consistance ferme et une couleur noirâtre congestive, qui tranche sur la teinte rosée des parties voisines.

La séparation des enveloppes à ce niveau est peu difficile, quoiqu'il existe entre elles une légère infiltration œdémateuse. En incisant la tuméfaction épидидymaire en travers, on constate l'existence d'une suppuration à son centre.

Cette suppuration a un caractère aréolaire, et semble s'être faite par petits foyers qui forment autant de grains purulents sur la coupe. L'incision a rencontré également une collection plus importante, atteignant le volume d'une petite noisette, et d'où s'écoule un pus crémeux, jaunâtre. *Une des cavités renfermait du pus de couleur chocolat.* La surface épидидymaire entre ces grains purulents est brunâtre. Le canal déférent, dès son origine, paraît normal sur une coupe transversale. Il existe dans la tête de l'épididyme

un petit kyste peu tendu, renfermant $1/2$ centimètre cube de liquide à peine louche, un peu visqueux, où le microscope ne démontre que quelques leucocytes englués sur une boule muqueuse ou hyaline. Il n'y a pas de spermatozoïdes.

Examen bactériologique et histologique. — Le liquide vaginal n'offre comme éléments figurés que des globules sanguins et des cellules d'épithélium desquamé. Les colorations usuelles n'y démontrent aucun microbe. De même l'ensemencement de divers milieux solides et liquides est resté tout à fait négatif.

Une goutte de pus épидидymaire, examinée directement sans coloration, montre les aspects habituels du pus, une proportion relativement assez notable d'hématics et des globules graisseux. On ne retrouve pas de cellules ciliées. En plusieurs points de la préparation, on aperçoit des figures particulières qui se montrent, à un fort grossissement, constituées par un feutrage de bacilles.

On voit d'ailleurs des bacilles isolés en différents points.

Une gouttelette de pus diluée sur une lame dans l'eau distillée stérile et colorée au bleu de méthylène, fournit une préparation où l'existence d'un bacille rappelant les caractères du bacille d'Eberth s'affirme avec une grande netteté.

Les bacilles ont un calibre assez uniforme. Il existe sur ces premières préparations colorées des apparences en navette tout à fait satisfaisantes. On ne constate aucune autre forme microbienne.

Des préparations analogues, colorées au violet de gentiane, montrent les mêmes faits à l'examen extemporané dans l'eau. Traitées alors par le Gram, puis l'aniline, elles se décolorent complètement et ne montrent plus aucune espèce de microbe.

Une parcelle minime du pus initial a été déposée, avec les précautions ordinaires, sur le bord d'une goutte de bouillon, en chambre humide à l'étuve à 35° jusqu'au lendemain. Elle a montré alors une riche culture du bacille d'Eberth avec son exquise mobilité.

Même constatation pour des bouillons en matras Pasteur ensemencés de la même façon ; ils présentent dès le lendemain un trouble régulier, et se montrent peuplés du même bacille mobile en culture pure.

Des plaques de gélatine en cristalliseur Petri ont été préparées en inoculant des tubes avec le jus épидидymaire. Une gélatine chargée avec une auge de platine montre le surlendemain un pointillé défilant toute numération.

C'est seulement avec des dilutions beaucoup moins chargées qu'on obtient des plaques à colonies pures, distinctes, ne liquéfiant pas la gélatine, à surface vallonnée, surtout vers la périphérie, etc..., tous caractères qui se rapportent bien au bacille typhique.

Des tubes de gélose inclinés ensemencés avec l'aiguille droite ont fourni déjà un très riche développement après 24 heures. Avec une goutte de culture en bouillon, on ensemence des pommes de terre en tubes Roux, laissés à l'étuve à 35°. Le lendemain, on commence déjà à distinguer le léger glacé superficiel qui caractérise le mieux la culture typhique; l'aspect s'accroît les jours suivants, sans se transformer et sans que la teinte de la pomme de terre soit sensiblement modifiée.

Plusieurs échantillons de gélose fuchsinée en tube incliné ou en cristallisoirs Petri ont été inoculés en stries, suivant la méthode de M. GASSER, avec une petite quantité de culture pure provenant de gélose simple. Le long de chaque strie s'est développé un voile épais à bord festonné, qui s'est coloré énergiquement en même temps que la gélose au voisinage se décolorait, avec une grande lenteur, il est vrai. Les milieux avaient été maintenus à l'étuve à 34°, à l'abri de la lumière.

Deux souris ont été inoculées dans le péritoine avec un demi-centimètre cube d'une culture en bouillon de vingt-quatre heures, richement peuplée. Les animaux ont succombé en 16 et 18 heures et, à l'autopsie, le bacille injecté a été retrouvé dans tous les organes, en particulier à l'état de pureté dans le péritoine et dans la rate tuméfiée.

On a fait quelques examens et ensemencements avec le contenu du canal déférent; ils sont restés absolument négatifs. Enfin, on a poursuivi parallèlement, avec la rate du même malade, la même série d'investigations. Les résultats ont été semblables et ont servi de contrôle aux faits précédents jusqu'à identité absolue.

L'étude histologique de coupes de la région épидидymaire malade permet de constater que les foyers suppuratifs, principaux ou accessoires, occupent les espaces intertubulaires de l'épididyme. Les voies séminifères sont partout tapissées régulièrement de leur épithélium, ne présentent aucune trace d'un travail irritatif, et n'affectent avec les nodules infectieux ou les grains purulents que des rapports de contiguité.

Nodules et grains offrent la disposition habituelle des suppurations

miliaires avec la nécrose et la désintégration centrale qui s'observent en pareil cas. Les vaisseaux de la région sont très gorgés de sang ; les artérioles elles-mêmes sont oblitérées par des thrombus denses, mais il n'y a nulle part de traces d'extravasation sanguine.

Les coupes histologiques du canal déférent n'offrent rien de particulier.

Quelques coupes de la région épидидymaire, au sortir de l'alcool absolu, ont été colorées au bleu de méthylène à chaud pendant quinze minutes, lavées simplement dans l'eau distillée, séchées au courant d'air, et examinées dans l'huile de cèdre. Il a été assez facile de mettre en évidence la présence et la topographie des bacilles d'Eberth dans les foyers malades. Les bacilles sont ordinairement disposés par groupes serrés à éléments courts, soit au centre des petits amas embryonnaires, soit à la limite de la zone suppurante. Quelques bacilles isolés présentent un diamètre plus considérable et une intensité de coloration tout à fait satisfaisante. Les coupes analogues traitées par la méthode de Gram-Weigert se décolorent complètement et ne montrent plus aucune forme microbienne.

OBSERVATIONS XLIV et XLV.

HUG (*New-York medical Journal*, 3 août 1895, page 150).

HUG a relaté *deux cas* dans lesquels l'épididymite se développa comme complication pendant la troisième semaine d'une attaque de fièvre typhoïde. L'une se présenta chez un garçon de 11 ans, l'autre chez un homme de 29 ans. Chez le premier, l'épididyme gauche fut seulement pris et revint à l'état normal. Chez le second, les organes furent atteints des 2 côtés et guéris la sixième semaine. *Pas d'urétrite dans les deux cas.*

OBSERVATION XLVI.

A. MESSERER et J. GASSER, médecins aides-majors de 1^{re} classe (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, t. XXV, année 1895).

Ch..., soldat au 2^e zouaves 23 ans, 11 mois de service, auparavant papetier.

Jamais malade. Etait caserné à Oran, au camp de Saint-Philippe, qui avait déjà fourni cette année quelques cas de fièvre typhoïde.

Entre avec tous les signes d'une fièvre typhoïde; malade depuis 10 jours environ.

Céphalalgie et courbatures très marquées; température dépasse 40°; pouls bat 104 fois par minute. Soif vive; anorexie, insomnie, délire. Langue blanche au milieu, très rouge sur les bords et à la pointe.

Gargouillement et douleur à la pression dans la fosse iliaque droite. Congestion assez intense à la base des deux poumons.

Bouillon, lait, limonade.

Du 17 juillet au 19 août. — La maladie suit son cours, des symptômes péritonéaux assombrissent longtemps le tableau clinique.

Le 19 août. — Température 37° matin et soir. Au réveil, le malade se plaint de douleurs cuisantes le long du canal de l'urètre.

Urines rouges, mélangées de sang. On lui administre 4 bols de térébenthine à 0 gr. 10.

Le 20 août. — 38°4 le matin, 37° le soir. Rien de nouveau du côté des organes génito-urinaires.

Le 21 août. — 36°6 le matin, 37°6 le soir. Hématuries et douleurs urétrales ont cessé; mais dans la nuit le testicule gauche s'est tuméfié; au réveil, il est très douloureux au contact, augmenté de volume (du double environ) et très dur partout.

On délimite très bien l'épididyme, qui semble un peu plus dur, mais pas plus sensible que le reste de l'organe. La vaginale paraît indemne. Suspension ouatée, frictions mercurielles. Le malade prend un potage.

Le 22 août. — La fluxion testiculaire a augmenté; douleur un peu plus vive. Organe toujours dur. A la palpation, aucun point fluctuant, pas de menaces de suppuration.

Température normale. Etat général bon.

Le 23 août. — Après asepsie des bourses, ponction du testicule au moyen de la seringue de Strauss stérilisée.

On retire une goutte de liquide qui servira aux ensemencements.

Le 26 août. — Etat général excellent; l'alimentation est commencée. Le testicule diminue un peu; la douleur a disparu, mais le cordon s'est tuméfié à son tour; il est uniformément dur et sensible.

Le 1^{er} septembre. — La fluxion testiculaire est en voie de disparition; cordon normal. Le malade se lève. Bon appétit; on prescrit 1 degré du petit régime.

5 septembre. — Il persiste un peu d'induration du testicule, l'épididyme conserve une dureté un peu plus considérable ; le cordon ne présente plus rien d'anormal.

10 septembre. — Le malade va tout à fait bien ; il mange 3 degrés du grand régime, dort parfaitement et se promène toute la journée.

Le testicule touché par l'inflammation ne se distingue pas de son congénère, l'épididyme du même côté est à peine plus résistant que normalement. Ch... va partir en congé.

Examen bactériologique. — Le produit de la ponction du testicule a été immédiatement ensemencé dans un tube de bouillon de bœuf peptonisé.

Quelques gouttes de ce premier tube ont été successivement portées dans des tubes de bouillon phéniqué ou normale. Les premiers ont été mis à l'étuve à 45°, les autres à 37°.

Il s'est développé dans tous une culture pure d'un court bacille mobile, qui s'est comporté avec toutes les réactions bien connues du bacille de la fièvre typhoïde sur les divers milieux de culture : gélose, gélatine, pomme de terre, gélose fuchsinée, bouillon lactosé additionné de craie, agar lactosé coloré au tournesol.

OBSERVATION XLVII.

SALLÈS et BARJON (in *Gazette des hôpitaux*, 26 avril 1896)

Le malade entre à l'Hôtel-Dieu, le 3 novembre 1895, avec un délire qui ne permet pas d'obtenir de lui le moindre renseignement sur ses antécédents et le début de la maladie.

L'évolution de la fièvre typhoïde est normale.

A partir du 24 novembre, apyrexie.

5 décembre. — Le malade, guéri apparemment, est envoyé à l'hospice de Longchêne pour achever sa convalescence.

12 décembre. — Il est ramené à l'Hôtel-Dieu. Le matin, il a été pris de vives douleurs dans le testicule droit avec gonflement. Rougeur du scrotum à droite. Epididyme gonflé, douloureux à la pression. Cordon gros, légèrement sensible. Ganglions inguinaux engorgés des deux côtés. Urines albumineuses. Température 40°.

13 et 14 décembre. — La température baisse peu à peu.

14. — A l'orifice urétral, suintent quelques gouttes d'un liquide louche, séro-purulent. Ce pus, coloré successivement par le violet de gentiane, par le bleu de méthylène et traité par le Gram, ne décelez la présence ni du gonocoque, ni d'aucun autre micro-organisme, mais seulement de globules de pus et de cellules épithéliales desquamées.

15. — Température normale. Le malade se sent bien, demande à manger, mais souffre toujours beaucoup de son testicule. L'épididyme paraît plus gonflé que le testicule. Le scrotum est rouge, œdématisé. La funiculite et l'adénite inguinale persistent.

17. — Ponction, après précautions antiseptiques, en plein testicule : quelques gouttes d'une sérosité sanguinolente avec laquelle on ensemence trois tubes de bouillon.

Le gonflement de l'épididyme s'est accentué, le canal déférent est dur et gonflé, les ganglions inguinaux sont douloureux. La température, normale le 15, est remontée au-dessus de 39° le 16 et est revenue de nouveau à la normale le 17. L'état général est bon, le malade ne se plaint plus que de ses souffrances locales.

18. — Les douleurs sont moins vives spontanément ou à la pression, mais le gonflement a encore augmenté, le testicule et l'épididyme se confondent. Il s'est produit probablement un léger épanchement dans la vaginale, car il existe de la fluctuation nette à la partie inférieure de la tumeur. La peau est épaissie, œdématisée, rouge et tendue.

La température est normale.

23 décembre. — Etat stationnaire depuis deux jours. La tumeur conserve toujours le même volume. Il existe toujours de la fluctuation à la partie inféro-interne. La douleur à la pression a beaucoup diminué. Le cordon est beaucoup plus volumineux.

Les ganglions inguinaux ont à peu près disparu à droite, ils sont moins gros à gauche.

Pas de fièvre.

28 décembre. — La tuméfaction a plutôt régressé, mais la fluctuation est plus nette et plus étendue ; on la perçoit maintenant sur la face antérieure et jusqu'à la portion moyenne. Nouvelle ponction : pus crémeux avec lequel on ensemence deux tubes de bouillon dont un phéniqué. Un examen direct du pus reste négatif.

Toujours pas de fièvre.

30 décembre. — En dépit de tous les conseils, le malade veut absolument quitter l'hôpital. Son état général est bon ; il est apyrétique, mais les signes locaux n'en sont pas amendés.

Examen bactériologique. — 18 décembre. — Les trois tubes de bouillonensemencés le 17 avec le liquide retiré par la première ponction ont donné des cultures au bout de vingt-quatre heures. Il s'agit d'une culture pure d'un bacille trapu, en forme de navette, très mobile, et vivement coloré aux deux extrémités, pâle au centre. Ce bacille se colore bien par le violet de gentiane et le bleu de méthylène. Il ne prend pas le gram. Il est probable qu'il s'agit du bacille d'Eberth. Pour s'en assurer, avec les cultures obtenues dans le bouillon, on fait des ensemencements par piqure sur tubes de gélatine et par strie sur pomme de terre. On obtient sur gélatine une culture en clou, la gélatine n'a pas été liquéfiée. Sur pomme de terre, la culture a mal poussé ; elle est à peine visible à jour frisant sous forme de trainées jaunâtres.

22 décembre. — On ensemence des tubes de bouillon phéniqué à 1/1000 et du bouillon lactosé renfermant du carbonate de chaux.

23 décembre. — Les bouillons phéniqués ont donné de bonnes cultures ; le bouillon lactosé aussi.

La lactose n'a pas fermenté et l'on ne constate aucune trace de mousse à la surface du tube.

28 décembre. — Deuxième ponction en pleine tumeur et ensemencement, avec le pus retiré, d'un tube de bouillon ordinaire et d'un tube de bouillon phéniqué à 1/1000. Au bout de vingt-quatre heures, les deux tubes ont donné des cultures ; mais le bouillon phéniqué est le moins trouble des deux. Dans les deux tubes, on trouve le bacille décrit plus haut, avec des caractères identiques. Les cultures sont absolument pures ; et on n'y trouve aucun autre micro-organisme.

OBSERVATION XLVIII

BERTHOUD (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, juillet 1897, page 1).

Un homme âgé de 20 ans est pris d'une inflammation du testicule et de l'épididyme le 48^e jour d'une attaque de fièvre typhoïde. Léger épanchement vaginal.

Aucun antécédent vénérien et aucun écoulement urétral.

OBSERVATION XLIX

BERTHOUD (*Archives de médecine et de pharmacie militaires* juillet 1897, p 1).

Pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde, paraît une orchite gauche, coïncidant avec des épistaxis abondantes et répétées ; l'épididyme était induré, mais il n'y avait aucun épanchement vaginal. Aucun liquide ne sortait de l'urètre, bien que la miction fût fréquente. L'urine était louche et contenait du mucus et du pus. Le testicule revint à son état normal, la tête et la queue de l'épididyme restèrent un peu hypertrophiées.

OBSERVATION L.

BRETON, de Dijon (*Journal des praticiens*, 1897).

Le 26 octobre 1897, nous avons à examiner M. D..., âgé de 17 ans, portant sur le testicule droit une plaie ulcéreuse. La peau des bourses était ulcérée sur un diamètre d'une pièce de 1 fr. environ : à côté de cette plaie principale, il y en avait une autre fistuleuse, toute petite. La zone cutanée périphérique était violacée, et l'ensemble de cette lésion avait un aspect de plaie de nature tuberculeuse.

Le testicule était envahi dans son parenchyme.

L'épididyme, le cordon étaient sains. Pas de liquide dans la vaginale. Dans l'aîne correspondante, il y avait de la tuméfaction ganglionnaire.

Le malade nous raconta que, fin juillet, il fut pris d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité.

Il entra en convalescence vers la fin du mois d'août, quand un état général fébrile, d'allures graves, se déclarait. Des douleurs testiculaires parurent et rapidement s'établit la suppuration.

L'ensemble de ces lésions datait de six semaines environ lors de notre visite. Aucun antécédent tuberculeux dans la famille. L'examen des poumons et autres viscères resta négatif. Jusqu'ici les pansements antiseptiques n'avaient pu amener de cicatrisation. Aucun écoulement urétral récent ou ancien.

D'ailleurs, la santé de notre malade était excellente. Il fut mis en observation à l'hôpital.

Une injection de tuberculine ne donna lieu à aucune réaction fébrile, alors que, le même jour, des injections de même nature, faites à des malades porteurs de lésions tuberculeuses avérées, causèrent chez les inoculés des élévations thermiques très accentuées.

Le 30 octobre, le docteur LAGOUTTE procéda à l'ablation de tout le foyer suppurant. Au cours de l'opération, on put constater l'intégrité absolue de la glande, sauf au point malade.

En huit jours, la cicatrisation fut obtenue et la guérison ne s'est point démentie. L'examen bactériologique fut fait par M. le docteur DUBARD et voici la note qu'il a bien voulu nous communiquer à ce sujet :

Pas de bacille de Koch, mais quelques rares bacilles faiblement colorés.

Les débris de râclageensemencés dans son bouillon sur gélose-peptone, sur gélose glyco-glycérinée peptonisée ont donné une faible végétation au bout de trois jours. Sur tube de gélose, une colonie seulement s'est développée.

L'examen indique que l'on a affaire à un bacille très mobile, se colorant énergiquement par le Ziehl, mal par des bleus, décoloré par la méthode de Gram ; sa forme et ses dimensions sont ceux du bacille d'Eberth et du coli.

Ensemencé sur gélatine, celle-ci n'a pas été liquéfiée, mais les colonies ont présenté l'apparence caractéristique du *bacterium coli* ou du bacille d'Eberth. La différenciation entre ces deux bacilles n'a pas été faite, néanmoins nous pensons que cette orchite peut être considérée comme d'origine et de nature éberthiennes.

OBSERVATION LI

A. ESHNER, professeur de clinique médicale à la Polyclinique de Philadelphie
(in *Philadelphia medical journal*, tome I, 1898).

J. D..., blanc, âgé de 39 ans, colporteur, est admis dans mon service à l'hôpital de Philadelphie le 6 août 1897, se plaignant d'affaiblissement progressif avec parfois une sensation de vertige. Depuis deux semaines, il ne se sent pas bien et souffre de constipation. Il n'a eu ni épistaxis, ni toux, ni vomissements, ni maux de tête.

Il ne s'est pas alité, bien qu'il ait éprouvé en marchant une

sensation de faiblesse. A son admission, le malade semble être d'esprit lourd ; sa température est de $101^{\circ}4$ (Fahrenheit). Le poulx est plein, doux et régulier. La langue est couverte dans sa partie postérieure d'un enduit légèrement brunâtre.

Le poumon a conservé sa sonorité normale, la respiration est vésiculaire.

Le cœur bat d'une façon rythmique et les sons en sont nets et clairs.

La zone de percussion de la rate est légèrement augmentée. Sur la poitrine et l'abdomen, il y a de nombreuses taches rosées. Les pupilles sont un peu dilatées et il y a une légère tendance au strabisme interne.

Un spécimen du sang fut envoyé au laboratoire bactériologique du conseil de santé, et la réponse reçue quelques jours après fut que le sang avait donné une réaction positive avec le sérum témoin Gruber-Widal.

Le poids spécifique de l'urine était augmenté, et on y trouvait des cellules épithéliales, des leucocytes et des cristaux d'acide urique. Nous n'eûmes pas de renseignements au sujet de l'albuminurie et du sucre et la diazo-réaction ne put être obtenue.

La température s'éleva une seule fois au-dessus de $102^{\circ}5$, de sorte qu'une seule fois le bain fut employé.

Dans l'espace de six jours, la température fut normale et cela continua ainsi pendant 9 jours, quand, sans cause appréciable, il se produisit une légère élévation. Après trois jours, la température redevint de nouveau normale ; un mois plus tard, il y eut une troisième élévation de température qui atteignit $102^{\circ}4$ et on trouva le testicule gauche grossi, dur et plus sensible. Le malade guérit aussi de cette complication et il partit en bonne santé, le 14 octobre, présentant toutefois quelque degré d'affaiblissement mental qui datait évidemment d'une période antérieure à sa maladie.

OBSERVATION LII

HORWITZ (*Philadelphia medical journal*, 1898, page 949, tome I).

Le malade était un médecin de 22 ans, qui fut admis à Jefferson Hospital dans le service du Dr H. A. HARE, le 29 janvier 1898. Il était malade depuis 10 jours et se plaignait de douleurs frontale-

remontant à quatre jours, de douleurs lombaires et d'une grande faiblesse générale.

Il avait de la diarrhée, de copieuses évacuations intestinales et des taches rosées sur la poitrine et l'abdomen.

Des épistaxis apparurent quand le patient a été mis en observation. L'examen du sang montra la réaction positive avec le sérum témoin Gruber-Widal.

L'urine était albu mineuse en trois occasions, mais on ne trouva point les cylindres.

La maladie poursuivit son cours ordinaire sans complication. La défervescence arriva le 22 février, et le malade fut renvoyé bien portant le 13 mars. Le 28 mars, il fut pris, sans cause apparente, de douleur et de gonflement du testicule gauche. La douleur était angoissante, et le gonflement s'accrut jusqu'à ce que le testicule eût atteint plusieurs fois son volume normal.

Le Dr HORWITZ remarqua que la douleur était plus intense, et d'un degré plus considérable que celle que l'on rencontre dans les orchites gonorrhéiques. La température était à 40¹ entre le 31 mars et le 2 avril, elle descendit à 100°3 le 19 avril. Le reste du temps, elle fut normale. Pas d'écoulement urétral. Un léger épanchement apparut dans la tunique vaginale, mais il n'y eut pas d'épididymite.

L'application locale d'un sachet de glace, les onctions mercurielles et belladonnées, et l'administration interne des opiacés purent diminuer la douleur et le gonflement, mais il fut évident qu'un abcès se formait dans la moitié gauche du scrotum.

En conséquence, une incision fut faite par le Dr HORWITZ le 23 avril, et une quantité considérable de pus fut évacuée avec une portion du testicule. La guérison de l'opération s'est faite sans complication et le malade a été rétabli en 10 jours.

L'examen du pus, que le Dr HORWITZ fit avec les matières trouvées dans les abcès, montra la présence de cocci pyogènes et non de bacilles typhiques.

OBSERVATION LIII

KEEN (*Philadelphia medical journal*, 1898, tome I, p. 949).

KEEN rapporte le cas d'un jeune homme de 15 ans qui, pendant

la première partie de la convalescence d'une attaque de fièvre typhoïde présenta une série de clous sur tout le corps. Le malade se plaignait également de douleurs brûlantes pendant la miction. L'urétrite disparut dans l'espace de huit à dix jours. A la fin de la convalescence, le testicule droit se gonfla quelque peu, devint un peu plus dur et resta un peu plus volumineux que l'autre.

OBSÉRVATION LIV

BARONI et DESSY (*Clinica moderna*, 23 mars 1898).

G. B..., âgé de 20 ans, originaire de Saint-Gaudens, est né à terme, de parents sains, actuellement encore vivants; il a un frère de 12 ans, vivant et bien portant; aucun antécédent morbide dans la famille.

G. B... n'a eu aucune maladie particulière pendant l'enfance, si ce n'est quelques indispositions sans importance.

Il a joui d'une santé parfaite jusqu'à la fin de septembre de l'année courante.

Il n'est pas syphilitique et n'a pas contracté de maladie vénérienne; au contraire, il affirme n'avoir jamais eu de rapport avec aucune femme. Enfin le scrotum n'a jamais subi de traumatisme.

Vers le milieu de septembre, après quelques jours de malaise général et de céphalalgie, il fut pris de fièvre et entra à l'hôpital où il fut soigné pour la fièvre typhoïde. Cette dothiéntérie évolua normalement et le malade convalescent put quitter l'hôpital à la fin d'octobre.

Toutefois, durant le séjour à l'hôpital le testicule droit commença à se tuméfier et à devenir douloureux; mais l'application d'un cataplasme chaud fit disparaître en peu de temps la tuméfaction; il resta seulement un peu de douleur, qui persista pendant tout le temps de la convalescence, sans toutefois empêcher B... de reprendre ses occupations ordinaires.

Le 20 novembre, sans aucun motif appréciable, le malade fut pris de frissons; la température atteignit 40°5; le scrotum se tuméfia rapidement à droite et devint très douloureux. En cet état, il fut reçu de nouveau à l'hôpital dans le service de chirurgie de M. le professeur DEL GROECO.

Etat présent. — Le malade est un jeune homme robuste et bien

conformé, il ne lui reste de sa longue maladie qu'un léger état d'amaigrissement et d'anémie.

Un examen attentif de chaque organe ne révèle rien de particulier.

Les viscères thoraciques sont parfaitement sains, et spécialement l'appareil pulmonaire ; il en est de même des viscères abdominaux ; quant au scrotum il est plus volumineux que normalement du côté droit ; la peau en est rouge, tendue et luisante. Par la palpation, la douleur, pourtant déjà forte, se trouve accrue ; elle se propage en haut vers le canal inguinal ; la palpation de la partie antérieure du scrotum permet d'apprécier avec certitude, une fluctuation, tandis qu'à la partie postérieure, on sent un corps dur, plus douloureux qu'en avant. On ne peut savoir si l'on sent le testicule ou l'épididyme tuméfiés, ou bien les deux organes ensemble.

Ces phénomènes locaux s'accrurent pendant les jours suivants ; la fièvre se maintint toujours élevée, oscillant entre 38° 7 le matin et 39° 9 le soir.

Le 6^e jour, la tuméfaction du scrotum n'ayant plus de tendance à augmenter, on put un peu soulager le malade, en lui faisant une ponction évacuatrice qui permit de retirer 40 centimètres cubes environ d'un liquide citrin avec quelques traces de fibrine. Après cette ponction, le malade se sentit soulagé ; la température, tout en restant élevée (38° 5), s'abaissait le soir. Le liquide non évacué finit par se résorber.

Alors il fut possible de faire un examen plus attentif et de palper le malade placé horizontalement.

L'épididyme en arrière était légèrement augmenté de volume et un peu douloureux ; en avant le testicule, du volume d'un gros œuf de poule, était très douloureux à la pression et aussi (mais spontanément) au niveau de la cicatrice de la ponction.

On put constater, dans ce premier examen, une fluctuation assez nette, mais elle devint surtout manifeste après trois ou quatre jours. On pratiqua alors une incision qui donna issue à une grande quantité de pus que l'on recueillit dans un récipient stérilisé pour les recherches bactériologiques.

Au début de l'opération, on avait retiré un peu de sang du dessus de la main pour faire le séro-diagnostic. Il fut positif.

Après l'évacuation du pus, la fièvre cessa complètement et l'apyrexie se maintint jusqu'à la complète guérison.

De l'incision pratiquée pour l'évacuation du pus, il sortit en même temps que le pus des fragments de parenchyme testiculaire : quand ces fragments furent expulsés, la blessure se cicatrisa, et il ne resta qu'une petite masse dure à la place du testicule. Le malade sortit complètement guéri de l'hôpital le 27 décembre 1897.

Le liquide extrait de la vaginale et le pus provenant du testicule, recueillis tous deux dans un récipient stérilisé, furent utilisés pour les recherches bactériologiques et pour la preuve agglutinante de WIDAL.

Le liquide de la vaginale mêlé avec une culture de 24 heures de bacilles typhiques dans un bouillon neutre dans la proportion d'une goutte de liquide pour 10 de culture se montra, comme le sérum du sang de la main, doté d'un fort pouvoir agglutinant.

Le pus agglutinait aussi, mais à un degré moindre. Les bacilles typhiques s'agglutinaient difficilement et seulement autour de la cellule purulente.

Ni l'examen microscopique, ni la culture ne montrèrent la présence de bacilles d'aucune sorte dans le liquide extrait de la vaginale.

Le pus ne différait pas par l'aspect microscopique de celui d'une suppuration aiguë. Il était épais, de couleur blanc jaunâtre, avec des stries sanguinolentes, sans aucune odeur désagréable.

Au microscope, il apparut constitué par des corpuscules blancs, parfaitement conservés, bien colorables et par des bacilles mal conformés, à extrémité arrondie, très nombreux et doués d'une faible mobilité.

Ces bacilles prenaient facilement les couleurs d'aniline : souvent leur centre décoloré contrastait avec leurs deux extrémités bien colorées ; ils n'étaient pas colorés par la méthode de Gram.

La recherche des bacilles tuberculeux resta négative.

La culture faite en strie sur agar, sur gélatine et sur bouillon, a donné naissance à une seule espèce de bacilles.

Caractères morphologiques et de culture. — Ce micro-organisme est un bacille mal conformé long de 1 à 4 μ , arrondi aux extrémités, facilement colorable avec les couleurs d'aniline, mais ne tenant pas le Gram ; souvent la coloration se produit seulement aux deux extrémités, la partie centrale restant claire ; il est pourvu de longs cils

vibratiles sur toute la superficie du corps et doué d'une faible mobilité.

Il se cultive très facilement. Dans un bouillon peptonisé à la température de 37°, il produit, au bout de 24 heures, un trouble uniforme, mais peu apparent et seulement après plusieurs jours un petit dépôt blanchâtre sur le fond de l'éprouvette.

La culture, traitée par la méthode de KITASATO, ne donne pas d'indol. Une culture en bouillon de 24 heures donne, en présence du sérum du sang d'un typhique, le phénomène de l'agglutination d'une manière très apparente.

Dans le lait, lorsqu'on chauffe la culture, il ne se produit, même après deux mois, aucune coagulation.

Dans l'ensemencement sur la gélatine, on voit apparaître en longueur une ligne de cultures striée blanc jaunâtre et à la superficie une couche mince de vernis transparent d'une teinte bleuâtre qui n'arrive pas jusqu'à la paroi du tube.

Dans l'ensemencement sur gélatine, en strie sur tube incliné, on remarque la formation d'un voile circulaire, mince, translucide, grisâtre avec reflet bleuâtre et nacré ; le même aspect se présente à la suite d'un ensemencement en strie sur agar peptonisé en tube incliné.

Sur la pomme de terre, on voit une légère traînée humide, très peu apparente, quasi incolore, mais brillante. La pomme de terre n'éprouve au bout d'une autre semaine aucun changement de couleur.

Dans un ensemencement sur milieu lactosé, teinté de tournesol, il ne se forme pas de bulles de gaz, ni de virage au rouge du tournesol.

D'après tous ces caractères, nous pouvons sûrement affirmer que le micro-organisme, trouvé à l'état de pureté dans le pus testiculaire, est bien le bacille d'Eberth. Il faut noter que ce micro-organisme fut obtenu par nous à l'état de pureté sept jours après l'ouverture chirurgicale du foyer suppuratif, ouverture qui avait amené l'issue d'un fragment de testicule, éliminé en même temps que le pus.

EXPÉRIENCES SUR DES ANIMAUX. — 1^{re} Expérience. — Avec un 1/2 centimètre cube de pus, on fit une inoculation sous-cutanée à un cobaye.

L'animal s'amaigrit progressivement et rapidement. Et le 13 décembre il mourut dans un état de profonde cachexie. La culture du sang demeura parfaitement stérile.

2^e *Expérience.* — Le 23 décembre, on fit à un autre cobaye une autre inoculation sous-cutanée avec 1 cent. cube d'émulsion de culture sur agar. Au point d'inoculation, on vit, deux jours après, une zone étendue d'infiltration qui, après cinq autres jours, donna au toucher une sensation nette de fluctuation. Par une ponction exploratrice on aspira un peu de pus qui contenait un grand nombre de bacilles typhiques, et que l'on employa pour faire des cultures.

Le 3 janvier, l'abcès s'ouvrit spontanément. A sa place il se forma une vaste ulcération qui, lentement, s'achemina vers la guérison.

3^e *Expérience.* — Le 8 janvier, à 4 heures de l'après-midi, on inocula dans le testicule d'un cobaye une goutte d'une émulsion sur agar de bacilles typhiques pris sur le cobaye précédent.

Le lendemain matin, on trouva le cobaye mort.

La culture faite avec le testicule, le péritoine, le sang du cœur donna à l'état de pureté le bacille typhique inoculé.

4^e *Expérience.* — On répéta identiquement l'expérience précédente et l'on eut un résultat identique.

5^e *Expérience.* — Avec une petite quantité de culture sur agar du bacille typhique tiré du cobaye précédent, le 20 février on inocule dans le péritoine un autre cobaye. L'inoculation fut faite à 9 heures du matin.

L'animal mourut de péritonite, de septicémie typhique dans la nuit du 21 au 22, ayant vécu environ 40 heures après le moment de l'inoculation.

Des expériences ci-dessus rapportées, il résulte clairement que le bacille typhique, qui avait produit chez le malade la purulence du testicule, était doué d'une virulence discrète pour le cobaye et sa virulence augmentait rapidement et notablement par des passages successifs chez cet animal.

En général, le bacille typhique extrait des foyers suppurants n'est pas doué d'une grande virulence.

Quant à la suppuration typhique du testicule, il semble qu'elle est la conséquence des cas de fièvres typhoïdes de peu ou de moyenne gravité.

Dans notre observation, le bacille typhique seul fut l'agent de l'orchite. Cela ne semble pas avoir besoin de démonstration lui seul

était présent dans le pus et l'inoculation faite sur les animaux démontra qu'il était doué d'un fort pouvoir pyogène.

Le processus suppuratif n'avait pas envahi tout l'organe, mais un seul point de celui-ci, en formant un véritable abcès, lequel, en agissant par compression ou par les toxines typhiques, avait déterminé la nécrose de la glande.

Sur la coupe du testicule du cobaye inoculé, dans l'épaisseur de la glande avec la bacille typhique, il n'existait pas de micro-organismes dans l'intérieur des tubes séminifères, mais ils étaient très nombreux dans le tissu conjonctif interstitiel. Un autre fait digne d'être noté, c'est la coexistence d'un faible épanchement de liquide séreux dans la vaginale de notre malade.

Ce liquide n'était pas *exsudat*, puisqu'il n'avait pas les caractères chimiques des exsudats, et ne contenait ni globules blancs, ni micro-organismes.

Evidemment s'il s'était agi d'un exsudat dû au même bacille qui avait produit l'orchite il se serait produit un exsudat purulent, puisque ces bactéries avaient un grand pouvoir pyogène.

Tandis que le sérum du sang et la sérosité de la vaginale donnaient énergiquement la réaction agglutinante de WIDAL, celle-ci était à peine manifeste dans le pus.

OBSERVATION LV

E. AUDARD (in *Archives générales de médecine*, août 1899, p. 481).

Le nommé P..., âgé de 48 ans, garçon boucher, entre, le 17 mai 1899, à l'hôpital de la Charité, salle Vulpian, service de M. GOURAUD. On lui trouve tous les symptômes d'une fièvre typhoïde légère dont le début paraît remonter à une huitaine de jours et qui évolue normalement.

29, 30, 31 mai. — La température oscille autour de 37°.

1^{er} juin. — Elle est le matin de 36°2, le soir de 36°5.

2 juin. — Le matin, la température a atteint brusquement 39°1.

A la visite, le malade se plaint de douleurs violentes au niveau des bourses. Il raconte que le début de ses souffrances remonte à deux jours, mais qu'à ce moment-là elles étaient peu accusées; il en faisait peu de cas et n'avait pas cru utile de les signaler à notre attention. Ces douleurs sont vives, lancinantes, aussi bien diurnes

que nocturnes, continues, mais paroxystiques avec des accès durant environ un quart d'heure. Elles occupent toute la portion droite des bourses, sans localisation bien marquée au testicule ou à l'épididyme. Elles ne s'irradient point vers la glande opposée, le périnée, la verge ou la région lombaire. Pas de douleurs en urinant ou en allant à la selle. La moitié droite des bourses est très augmentée de volume, tandis que la gauche reste étalée et flasque. A droite, le scrotum est rouge, luisant, un peu oedématié; les réseaux veineux superficiels sont légèrement dilatés, la température locale est très élevée. Le testicule malade repose par sa face externe sur la face interne de la cuisse correspondante que le malade maintient en légère abduction et rotation externes, seule position qui lui procure un peu de soulagement.

La glande est très volumineuse, d'un volume à peu près triple de la glande opposée; si on soulève avec la main le testicule malade, on est frappé par son poids, qui est bien sept à huit fois supérieur à celui du testicule sain.

La palpation réveille la douleur à peu près partout, et est, de ce fait, très difficile et fournit peu de renseignements.

Cependant, chose assez curieuse, au cours d'une orchio-épididymite typhoïdique, on se rend parfaitement compte que l'épididyme a la grosse part dans l'augmentation de volume de la glande droite.

Le testicule est volumineux, mais proportionnellement l'épididyme, qui le surmonte à la manière d'un cimier de casque, est énorme, il est globuleux, très haut et surtout très large. La consistance des deux organes est supérieure à la normale; à la palpation superficielle, ils semblent durs, mais une pression un peu forte entre le pouce et l'index révèle une élasticité, une rénitence profonde. Nulle part, il n'est possible de sentir de noyaux indurés.

Le cordon spermatique correspondant est volumineux dans sa moitié inférieure.

Du côté gauche, le scrotum est normal, le testicule et l'épididyme sont sains.

Le toucher rectal n'indique point que la prostate et les vésicules séminales soient grosses ou douloureuses.

On a beau presser sur le canal de l'urètre, il n'en sort point d'écoulement suspect.

On continue les lotions froides. M. GOURAUD prescrit de plus un

lavement de chloral et l'application d'un cataplasme laudanisé sur les bourses. Mais le soulèvement des bourses à l'aide d'une planchette exagère les douleurs, au point que l'on est obligé de renoncer à ce mode ordinaire de soutien des testicules enflammées. Température du soir 38° 6.

3 juin. — Pas de changement dans l'état du malade. Pas de sommeil, température du matin, 36° 5, du soir 38°.

5 juin. — Etat stationnaire. Le testicule a gardé son volume; le scrotum du côté atteint est toujours rouge et le siège d'une légère desquamation.

Constipation : pas de selles depuis deux jours. Lavement purgatif.

Température du matin 37°, du soir 37° 2.

6 juin. — Les crises douloureuses, beaucoup moins intenses, ne se renouvellent plus que deux à trois fois par jour et n'empêchent point le sommeil.

La pression ne réveille plus de douleurs qu'à la partie postéro-inférieure du testicule. Application de compresses humides sur le scrotum; on soulève les bourses à l'aide d'un morceau de carton; ce traitement n'est plus douloureux.

Le malade rend une quantité d'urines claires et limpides.

Température du matin 36° 9, du soir 37°.

Le malade est devenu apyrétique, pour le demeurer jusqu'à la fin de sa maladie.

11 juin. — Les douleurs spontanées ont disparu, mais la pression est encore douloureuse.

Le scrotum est redevenu normal.

Le testicule est moins dur, présentant à peu près la consistance normale; il est un peu diminué de volume; mais on sent nettement deux noyaux, l'un à la tête, l'autre à la queue de l'épididyme, ce dernier plus gros.

17 juin. — Le malade se lève, portant un suspensoir, doublé d'une couche d'ouate,

18 juin. — Le malade reste debout une demi-heure et fait le tour de la salle.

19 juin. — Bien portant au réveil, il ressent, vers les sept heures du matin, une douleur au niveau du testicule droit; la glande n'a pas augmenté de volume, l'épididyme présente toujours ses deux noyaux très douloureux à la pression.

La température du matin est de 36°6, celle du soir 37°8.

Cataplasmes laudanisés, compresses humides, repos.

20 juin. — Le testicule droit a grossi de nouveau dans la nuit, mais sans atteindre les proportions présentées au début de la maladie. Même consistance normale. Les deux noyaux épididymaires persistent. Pas de douleurs spontanées.

Température du matin 36°4, du soir 37°1.

27 juin. — Le testicule, qui a diminué peu à peu, a presque repris son volume normal (il est toujours plus gros que celui du côté opposé).

Pas de douleurs spontanées, mais une très légère douleur à la pression des noyaux épididymaires.

Tous les signes de dothiéntérie ont disparu, le malade est soumis au régime commun.

1^{er} juillet. — La pression des noyaux épididymaires n'est plus douloureuse.

5 juillet. — Le malade quitte l'hôpital avec un testicule droit redevenu normal, mais on perçoit deux noyaux épididymaires indurés; il n'a plus de douleurs. Son état général est excellent.

OBSERVATION LVI

(Thèse CHALON, Paris, 1900.)

Le nommé J. C. . . , 33 ans, journalier, entre à l'hospice général du Havre, salle Saint-Michel, lit n° 2, dans le service du Dr CARON, le 6 avril 1897. Rien à noter dans ses antécédents.

Depuis une douzaine de jours, il se sent mal en train. Il a d'abord ressenti une courbature générale inexplicable, puis il a été pris d'un violent mal de tête. La céphalalgie était surtout antérieure et s'accompagnait de névralgie du nerf sous-orbitaire. Son médecin consulté l'a mis à la diète, l'a purgé, et lui a administré des cachets d'antipyrine. Il y a trois jours, il a eu deux épistaxis peu abondantes. Il a une absence absolue d'appétit depuis le début de son indisposition, et, à plusieurs reprises, il a éprouvé des envies de vomir sans vomissements. Il a été purgé deux fois par son médecin qui l'envoie à l'hôpital.

Il se plaint depuis hier de bourdonnements d'oreille et de vertiges qui apparaissent dès qu'il s'assied ou qu'il se dresse. La langue com-

mence à se sécher, la bouche est pâteuse, la soif vive, et il accuse une sensation d'amertume très prononcée. Son ventre est ballonné : la palpation fait naître du gargouillement dans la fosse iliaque droite et provoque une légère douleur.

La rate est peu volumineuse.

Sur la paroi antérieure de la poitrine et au creux épigastrique on note la présence de cinq taches rosées qui paraissent caractéristiques.

Le malade a depuis quelques jours de la diarrhée qui est ocre jaune, fétide et semble pathognomonique de la dothiènementthérie. Cette diarrhée a beaucoup augmenté depuis hier.

La température du soir est de 39°4.

On institue le traitement suivant : trois bains froids à 28° d'une durée de dix minutes dans les vingt-quatre heures. Un grand lavement froid soir et matin. Un gramme de benzonaphtol.

A l'intérieur : Todd-Kina ; bouillon et lait.

7 avril. — Le malade se plaint d'insomnie ; on note chez lui un léger délire. La température du matin est de 38°6, et celle du soir 39°.

8 avril. — Le délire persiste, le malade a une mauvaise nuit. En auscultant la poitrine, on trouve une légère congestion aux deux bases.

On recueille un peu de sang pour l'essai du séro-diagnostic ; température du matin, 38°4, du soir, 39°3.

9 avril. — Même état, le séro-diagnostic est positif.

10 avril. — Le délire persiste encore, langue sale, ventre ballonné, tympanisme abdominal.

Les selles diarrhéiques ont une odeur infecte. Il y a de l'albumine dans les urines.

Le pouls est petit. On administre 0, 50 centigrammes de caféine. Température : le matin, 38°7, le soir, 40°.

11 avril. — Le délire diminue, le pouls devient plus ample et mieux frappé ; incontinence des matières fécales. Température : le matin 38°2, le soir 39°1.

13 avril. — Etat stationnaire ; la langue est rôtie ; la palpation du ventre est douloureuse, il y a du tympanisme abdominal, les taches rosées s'effacent.

Calomel : 0, 50 centigrammes.

Température : le matin, 38°2, le soir, 39°.

Les jours suivants, la maladie suit son cours régulier.

18 avril. — Début de la convalescence. Le malade réclame impérieusement à manger. On permet un léger potage.

21 avril. — Le malade a pris un œuf à son déjeuner.

Il passe une heure assis près de son lit. Heureux de revoir les siens, il se félicite avec eux de son rétablissement et leur annonce, comme prochaine, sa sortie de l'hôpital. La température est de 36°8 le matin, 37° le soir.

23 avril. — La température qui, la veille, était normale est montée brusquement ce matin à 39°2.

Le malade raconte qu'il a été réveillé la nuit précédente, et a été réveillé à deux reprises différentes, par une douleur assez vive dans l'aîne du côté droit.

En découvrant le malade, on s'aperçoit que la peau du scrotum du côté correspondant est rouge et luisante, les veines superficielles sont légèrement dilatées.

A la palpation, le testicule est gros et douloureux.

On perçoit de la chaleur locale. L'épididyme est également augmenté de volume, mais peu sensible à la pression. Le cordon est pris à sa partie inférieure. Il n'y a pas d'épanchement dans la vaginale. Le moindre mouvement provoque une vive douleur.

On fait soulever les bourses à l'aide d'une planchette ouatée, après une application d'onguent napolitain belladonné.

Le thermomètre marque le soir 39°4.

24 avril. — Les douleurs locales ont un peu diminué, mais elles s'irradient vers la fosse iliaque droite.

La peau du scrotum est lisse et œdématiée; le gonflement de la glande est plus marqué encore et porte surtout sur le testicule. La palpation est encore pénible. On institue le même traitement que la veille.

Température du matin 38°8, du soir 39°.

Du 25 au 28 avril. — Les phénomènes douloureux se calment progressivement.

Le testicule et l'épididyme perdent parallèlement de leur volume et de leur dureté. Ils sont moins sensibles à la palpation.

Le malade dort mieux et se trouve bien.

La température, qui a été progressivement en s'abaissant, atteint la normale le 29 avril.

2 mai. — Le testicule, l'épididyme et le cordon sont normaux.

L'apyrexie est complète. Le malade mange avec appétit et demande à quitter l'hôpital pour aller achever sa convalescence à la campagne.

OBSERVATION LVII

M. P. E. LAUNOIS, agrégé, Médecin de l'Hôpital Tenon, et M. Lœper, interne des Hôpitaux (Société médicale des hôpitaux, 25 mai 1900).

En décembre 1899, nous avons été appelés à donner nos soins, dans notre service de l'hôpital Tenon (salle Parrot, n° 13), à un homme de quarante ans qui présentait tous les symptômes d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité (céphalée, insomnie, taches rosées, diarrhée, etc.). La maladie évolua normalement, s'accompagnant toutefois d'un peu d'asthénie myocardique ; elle se termina par la guérison le 26^e jour.

L'agglutination avait été positive à 1/50, la réaction d'Ehrlich ou diazo-réaction tout à fait caractéristique ; l'examen du sang nous avait indiqué, comme c'est la règle, l'abaissement du taux leucocytaire quantitatif et la diminution des polynucléaires. Dès le 19^e jour de l'infection, la réaction d'Ehrlich était moins nette : elle disparaissait entièrement le 23^e jour. Quant aux éosinophiles, ils reparurent dans le sang le 3^e jour de la convalescence.

La guérison semblait définitive, quand, le 16 janvier, le 38^e jour environ après le début de la maladie, notre attention fut attirée par une élévation brusque de la température qui atteignait 39°6 (fig. 4). Nous allions rechercher la complication qui avait occasionné cette ascension thermique quand nous fûmes amenés à examiner le testicule gauche. Le malade nous rapporta qu'il avait, pendant la nuit, ressenti une douleur extrêmement vive dans cette région, que la douleur s'irradiait vers l'aîne et vers le périnée et qu'elle s'accompagnait d'une sensation de plénitude extrêmement pénible. Le testicule gauche avait doublé de volume ; la région correspondante des bourses était rouge, tendue, mais non œdémateuse. La glande était ferme et résistante, sauf en un point très limité, situé à sa partie antérieure et supérieure, au voisinage de la tête de l'épididyme.

Ce conduit, un peu augmenté de volume, est légèrement douloureux. Une pression exercée sur les parties latérales du testicule provoque une vive douleur, alors que toute la région antérieure de-

meure presque complètement indolente. Il existe une certaine sensibilité sur tout le trajet du canal déférent jusque dans la fosse iliaque.

L'urine, claire, ne renferme pas de filaments et la pression méthodique du canal ne fait sourdre aucun écoulement. Le malade n'a jamais eu d'orchite. Il affirme de plus ne pas avoir été troublé pendant les nuits précédentes par aucune pollution, par aucune érection douloureuse.

L'examen du sérum est à nouveau immédiatement pratiqué, l'agglutination d'une culture fraîche est positive et rapide à 1/75.

Une ponction de la vaginale, faite en deux points suffisamment espacés par M. JEANNIN interne du service de chirurgie voisin, permet de recueillir quelques millimètres cubes d'un liquide séreux.

Le liquide provenant de la vaginale agglutine les cultures de bacilles d'Eberth dans des proportions sensiblement égales. Son ensemencement en bouillon et sur gélose demeure stérile.

Quant à l'examen du sang fait au point de vue quantitatif et qualitatif, il nous a permis de constater des modifications analogues à celles que l'on observe habituellement dans le sang du typhique.

Leucocytose totale nulle.....	6 p. 500
Polynucléaires au-dessus de la normale.....	45 p. 100
Mononucléaires	52 p. 100
Formes non classables et basophiles.....	2 à 3 p. 100
Absence complète d'éosinophiles.	

La réaction d'Ehrlich, pratiquée le surlendemain de l'apparition de l'orchite, donne une coloration franchement rouge cerise.

Pendant les jours qui suivirent l'apparition de la complication testiculaire que nous venons de signaler, il y eut encore des douleurs spontanées, une légère insomnie, mais l'état général resta excellent et le malade continua à s'alimenter légèrement.

La température s'abaissait le 18 janvier, bien que la bourse gauche se fût encore accrue dans des proportions notables. La masse qu'elle formait était constituée par deux tuméfactions superposées : l'une très tendue et supérieure, l'autre plus molle, inférieure et se prolongeant dans la région périnéale.

Le troisième jour après le début de l'orchite, le cordon gauche est douloureux dans toute son étendue, il a triplé de volume, ses éléments constitutifs sont comme soudés entre eux.

Un nouvel examen du sang donne les résultats suivants :

Leucocytes.....	6.000
Polynucléaires.....	58 p. 100
Mononucléaires.....	40 —
Basophiles et formes anormales.....	2 —

La diazo-réaction est toujours intense.

Le 20 janvier, la température, qui s'était un peu abaissée, remonte à 39°4. La tuméfaction s'est encore accrue au niveau de la partie inférieure, mais la douleur a considérablement diminué, comme si l'augmentation de volume avait atténué la tension testiculaire.

La prostate et les vésicules séminales demeurent saines.

L'examen du sang indique une augmentation légère du taux leucocytaire total, un chiffre un peu plus élevé de polynucléaires (68 p. 100).

Le 23 janvier, une ponction aseptique pratiquée en plein testicule permet de retirer une faible quantité de sang qui, ensemencé sur la gélose et dans le bouillon, donne une culture pure et très abondante de bacilles d'Eberth.

A ce moment, le sérum du sang agglutine ce bacille dans la proportion de 1 p. 100 et d'autres cultures dans la proportion de 1 p.50 seulement.

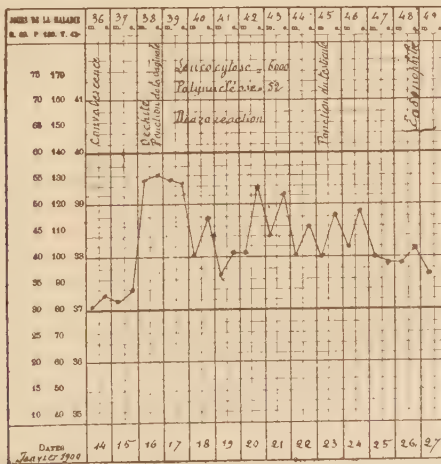


Figure 1. — Courbe d'orchite typhoïdique (obs. LVII).

Dans le sang, on aperçoit quelques éosinophiles ; parallèlement la réaction d'Ehrlich s'atténue et devient plus que douteuse.

Le taux urinaire quotidien s'élève progressivement.

Dans les derniers jours de janvier, la palpation du testicule devient de moins en moins douloureuse, le cordon demeurant toujours volumineux et sensible.

Jusqu'au 8 février, la température se maintient à 38°, le taux leucocytaire à 7.000, les polynucléaires à 60 ou 66 p. 100; il n'y a que 1 à 2 p. 1000 d'éosinophiles.

Le 11 février, une petite saillie s'est faite sur la partie antérieure et moyenne de la bourse gauche; elle tranche par sa teinte plus foncée sur la coloration des parties voisines. D'abord molle, elle devient nettement fluctuante.

Une incision pratiquée à son niveau donne écoulement à une cuiller à café de pus bien lié et non fétide. L'examen de la poche, pratiqué avec une sonde, permet de constater l'existence d'un trajet qui va jusque dans le parenchyme glandulaire.

Le pus, aspiré dans une pipette, a été ensemencé sur la gélose et dans le bouillon. Au bout de vingt-quatre heures, les différentes cultures renferment de belles colonies de bacilles d'Eberth, que le sérum d'un de nos typhiques agglutine à 1/40. De même, les préparations faites sur lamelle avec le pus renferment de nombreux bacilles à réactions caractéristiques. Les leucocytes observés sont de deux sortes: les uns sont de grands mononucléaires à protoplasma foncé et à noyau variable: les autres sont des polynucléaires. Il nous a paru que les mononucléaires étaient beaucoup plus abondants que dans le pus de la streptococcie et que dans celui de la pneumococcie.

Une portion de parenchyme testiculaire s'élimina peu à peu par le trajet fistuleux; les débris de tubes spermogènes étaient faciles à reconnaître dans les portions de tissu éliminé.

On constata le 15 février une légère crise éosinophilique (6 p. 100).

La régression de la tuméfaction et la réparation se firent progressivement: la cicatrisation ne fut complète que le 4 mai; le testicule avait diminué notablement de volume.

L'affection avait persisté pendant cinquante-deux jours.

Au point de vue bactériologique, un autre point nous paraît intéressant: le sérum de notre malade agglutinait le bacille qui provenait de son organisme dans la proportion de 1 p. 100. L'agglutination était, par contre, moins énergique (1 p. 50,) en présence des bacilles dont nous nous servions pour nos séro-diagnostics.

Ce fait, déjà signalé d'ailleurs, prouve que l'agglutination varie et avec le sérum typhique et avec le bacille employé. Il montre de plus que les complications éberthiennes donnent souvent au sérum un pouvoir agglutinatif plus considérable que les dothiémentéries banales; notre malade, en effet, pendant le cours de son infection, n'agglutinait qu'à 1 p. 75.

Nous avons également recherché si le liquide de l'hydrocèle possédait le pouvoir agglutinatif. Liquide absolument stérile, il agglutinait néanmoins un bacille de provenance étrangère, dans des proportions sensiblement égales à celles du sang. Il se comportait donc, malgré le voisinage immédiat du foyer morbide, comme tous les autres liquides de l'organisme (sérosité pleurale, péritonéale).

Quant à ce qui a trait à la *diazo-réaction*, nous disons que, constatée pendant la durée de la maladie, elle alla progressivement en décroissant, à mesure que la température se rapprochait de la normale. Elle redevint apparente au moment même où éclata la manifestation testiculaire, acquit à nouveau son intensité première, et, après avoir persisté pendant huit jours, elle disparut peu à peu pour devenir douteuse le douzième jour. La réaction d'Ehrlich n'est donc pas en relation avec la localisation du bacille d'Eberth sur l'intestin et avec l'action de ses toxines sur les albuminoïdes et les peptones intestinales, comme on l'a prétendu.

Son origine est plus complexe; elle est encore trop obscure pour que nous ajoutions une nouvelle hypothèse à celles qui ont été déjà émises; nous disons seulement qu'elle paraît bien être en rapport avec le microbe, quelle qu'en soit d'ailleurs la localisation, et ses produits de sécrétion.

En terminant, nous voulons encore retenir l'attention sur les résultats que nous ont fournis les examens du sang et du pus chez notre malade.

Une particularité intéressante fut fournie par l'examen du pus provenant du foyer testiculaire: le microscope permit d'y reconnaître une *surabondance des leucocytes mononucléaires*; leur nombre était certainement beaucoup plus considérable que dans le pus provenant d'une streptococcie ou d'une blennorrhagie. La diminution relative du nombre des polynucléaires dans le pus est à rapprocher de celle des mêmes éléments que nous avons constatée dans le sang.

Il en est d'ailleurs de même dans le pus des ostéomyélites, dont la constitution histologique varie avec la cause de l'infection osseuse : le pus des ostéites éberthiennes renferme un nombre de cellules à gros noyau proportionnellement plus considérable que le pus provenant des ostéomyélites à staphylocoques ; ce dernier est en effet presque entièrement formé par des polynucléaires.

OBSERVATION LVIII

BOULAND : Considérations cliniques sur une série de cas de fièvre typhoïde.
Paris, 1900.

C... François, âgé de 30 ans, mécanicien, entre le 23 juillet 1899 salle Marjolin, n° 2, hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. le docteur BÉCLÈRE.

Antécédents personnels. — Scarlatine et rougeole dans l'enfance. A eu les fièvres palustres pendant un séjour en Indo-Chine. N'a pas eu d'accès depuis 5 ans environ. Pas de maladies vénériennes.

Histoire de la maladie. — Les premiers signes de la maladie apparurent, il y a 12 jours environ. Ce furent d'abord une perte graduelle de l'appétit, une sorte de pesanteur à la tête, une insomnie qui devint bientôt complète, des étourdissements, puis des bourdonnements d'oreilles. Le malade était très constipé. Cette constipation dura environ cinq ou six jours. Une purgation y mit fin et la diarrhée s'installa aussitôt.

Il y a huit jours que le malade a interrompu son travail et qu'il a dû prendre le lit. Depuis ce temps, l'appétit a été nul, l'insomnie complète, la diarrhée intense et un violent mal de tête obsède le malade.

Le médecin qu'il fit venir lui fit prendre des cachets contenant, paraît-il, de la quinine, puis voyant que la fièvre augmentait, conseilla l'entrée à l'hôpital.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente un facies typique de typhoïdique. Le regard est hébété, les narines pulvérulentes, les lèvres fuligineuses. La langue est un peu sèche, rouge à la pointe et sur les bords, blanche au centre.

Le ventre est ballonné. De nombreuses taches rosées lenticulaires parsèment la peau de l'abdomen. La pression dans la fosse iliaque droite révèle du gargouillement et provoque une douleur assez vive. La rate est perceptible à la percussion sur une étendue verticale de 10 à 12 centimètres.

Le foie n'est pas augmenté de volume.

L'auscultation des poumons révèle quelques sibilances et des râles sous-crépitaux aux deux bases en arrière.

Rien au cœur. Le pouls est fort, franchement dicrète, 106 pulsations par minute.

Dans les urines qui sont peu abondantes (400 grammes), on trouve une légère quantité d'albumine.

Température : 39°2 le matin, 40°5 le soir.

Séro-diagnostic positif.

Traitement. — Bains froids toutes les 3 heures, si la température atteint ou dépasse 39°.

Marche de la maladie. — Le malade supporta bien ses bains, et sa température céda assez facilement.

Douze jours après son entrée, elle était tombée aux environs de 37°.

Pendant toute cette période, diarrhée abondante, 8 à 10 bassins par jour. La diarrhée diminua quand la température baissa.

Après trois ou quatre jours au-dessous de 38°, ascension brusque sans cause bien appréciable.

Le 7 août. — La température avait été de 37°2 le matin ; 36°8 le soir.

Le 8. — Elle était 38°2 le matin ; 38° le soir.

Cette première poussée fébrile dura peu.

Trois jours après, la température ne s'élevait guère au-dessus de 37° (11 août).

Mais le 14 août, la température commençait à s'élever de nouveau le soir et elle montait en trois bonds successifs à 40° le soir du 16 août.

Cette rechute fut caractérisée par des oscillations assez régulières de la température.

Il fallut 15 jours avant que la courbe atteignît la normale.

Pendant ce temps survinrent des signes de myocardite. Le premier bruit du cœur était assourdi dès le 17 août et le pouls était à 120 ce même jour.

Les signes d'auscultation ne se modifièrent pas notablement avant la fin de la rechute.

Les bruits du cœur reprirent alors leurs caractères normaux. Mais le poulx atteignit les jours suivants une fréquence plus grande (136 le 18 et le 19). On mit une vessie de glace sur le cœur, on fit des injections de caféine et d'huile camphrée.

Le 20, il était à 130, le 21 et le 22, à 126.

Enfin le 24, il était à 110 et à 101 le 26.

Pendant cette rechute, la constipation fut assez rebelle et le malade n'eut pas de selles liquides même avec les lavements.

Orchite. — Il y avait 16 jours que le malade n'avait pas dépassé 37° de température quand il fut pris de douleurs sourdes et de pesanteur dans le testicule droit le 21 septembre plus de deux mois après le début de sa fièvre typhoïde.

Ces douleurs augmentèrent le lendemain, il dut s'aliter le 22 sept. et la température rectale atteignit 37°4 le matin, 38° le soir. A la palpation, le testicule et l'épididyme étaient très gonflés et douloureux ; on percevait la présence d'un petit épanchement dans la vaginale. Le poulx était à 96 le soir.

L'appétit fut un peu diminué ce jour-là.

Le 23 sept. — Température 37°8 matin et soir. Le gonflement est plus accentué que la veille.

L'épididyme surtout est tuméfié dans son ensemble et il a un volume au moins égal à celui du testicule.

La peau du scrotum est rouge et tendue.

Les douleurs spontanées sont très peu vives quand le malade est au repos, les bourses bien soutenues. On recherche avec soin la présence d'un écoulement urétral. On n'en trouve pas trace et le malade affirme n'en avoir jamais eu.

Le 24 sept. — Etat local stationnaire. Etat général excellent.

Température 37°4, le matin, 37°2 le soir.

Le 25 sept. — Même état. Température 37° le matin, 37°2, le soir.

A partir de ce jour, il n'y eut plus d'élévation de la température.

Le volume du testicule revint peu à peu à ses dimensions normales.

Mais l'épididyme continuait à former une bosselure grosse comme une noix au-dessus et en arrière de lui. La rougeur et la température du scrotum disparurent progressivement.

Le malade se levait le 3 octobre. Le 6 octobre, il quittait l'hôpital.

L'épididyme formait encore une tuméfaction indurée du volume d'une grosse noisette, paraissant formée surtout aux dépens de la tête.

Cette tuméfaction était indolore, faisait corps avec le testicule, glissait facilement sur les plans voisins. Il n'y avait pas d'épanchement appréciable dans la vaginale.

Nous n'avons pas revu ce malade dans la suite.

OBSERVATION LIX

In Thèse GOUBAUD (Des troubles cutanés dans la convalescence de la fièvre typhoïde, page 23).

Comt. . . François, 26 ans, chauffeur. Entré le 14 octobre, gallerie Gall, n° 16, fièvre typhoïde grave et longue suivie de rechute. Convalescence toute trainante. Apparition d'une épididymite au début de la convalescence. L'épididyme a la grosseur d'un œuf de pigeon. Il est dur, bosselé, le testicule est indemne.

En même temps acné simple sur le front et les joues. Séborrhée du cuir chevelu.

Alopécie considérable en clairières.

Tout rentra dans l'ordre au bout de quelques jours.

OBSERVATION LX (*inédite*).

(Due à l'obligeance de M. BARIÉ, médecin de l'hôpital Laënnec).

Ch. . . Charles, âgé de 28 ans, journalier.

Entré, le 5 août 1896, salle Axenfeld, lit n° 40, hôpital Tenon (service de M. le Dr BARIÉ).

Antécédents héréditaires. — Père et mère bien portants, 10 frères et sœurs également bien portants.

Antécédents personnels. — Aucune maladie dans l'enfance.

A 11 ans, il aurait eu un chaud et froid.

N'est à Paris que depuis le mois de janvier environ.

Actuellement (10 août). — Malade depuis 8 jours seulement. Il

a commencé par éprouver des étourdissements et des vertiges assez fréquemment pour être obligé d'abandonner son travail.

Pas de point de côté.

Pas d'épistaxis.

Perte d'appétit avec quelques vomissements au début. Soif vive et constante.

La langue est sèche ; quelques fuliginosités sur les dents.

Diarrhée jaune, ocreuse, très odorante.

A l'inspection, sur le ventre et les flancs, taches rosées lenticulaires parfaites ; quelques-unes aussi sur le thorax.

A la palpation, on ne trouve pas de gargouillement dans les fosses iliaques.

A l'auscultation, on trouve de gros râles muqueux assez abondants aux bases, surtout à la base gauche.

Rien au cœur.

Foie et rate normaux.

Trace d'albumine dans l'urine, pas de glucose.

Au point de vue de l'état général, le malade est accablé, dans une sorte de demi-torpeur.

Chlorhydrate de quinine.

Bains froids.

Lavements boriqués froids.

8 août. — Etat à peu près stationnaire. La température n'a pas baissé, cependant le malade est un peu moins abattu.

12 août. — Il y a une amélioration de tous les divers symptômes.

La température a baissé en trois jours de plus de 1°.

Rien au cœur.

Au poumon, toujours râles de bronchite.

15 août. — Le malade se plaint d'une douleur sourde, lancinante, au niveau de la nuque.

En ce point, en effet, apparaît une plaque rouge et légèrement indurée, surélevée.

17 août. — L'abcès de la nuque s'étant formé et étant fluctuant est incisé. Il en sort une assez grande quantité de pus jaunâtre, bien lié.

Pansement antiseptique humide. Cicatrisation en trois jours.

21 août. — Un nouvel abcès se forme dans la région sous-maxillaire droite.

Incisé le 23 août, même pus que dans le précédent.

A partir de cette époque, l'apyrexie est complète. Le malade commence à manger le 28 août.

13 sept. — 50^e jour de maladie, 22^e de la " convalescence. Le malade, jusqu'alors très bien portant, mangeant bien et complètement apyrétique, est pris d'un subit accès de fièvre (fig. 2).

Il éprouve en même temps une douleur très vive, lancinante dans le testicule droit. N'a jamais eu de blennorrhagie et ne présente aucun écoulement urétral.

Le scrotum est luisant, tuméfié. Le testicule, dur, atteint le volume d'un gros œuf, il est assez douloureux à la palpation.

Salicylate de soude, 4 gr.

Onctions locales avec liniment chloroformé

Huile de jusquiame.

Port d'un suspensoir ouaté.

15 sept. — Même état, cependant la douleur spontanée à la palpation a diminué, et peut être aussi le volume du testicule.

17 sept. — Le testicule a beaucoup diminué, il n'est presque plus douloureux. Mais l'épididyme est toujours dur et douloureux.

30 sept. — Le malade, ne souffrant plus du tout depuis le 20 sept., part en convalescence à Vincennes.

Il est complètement remis de sa fièvre typhoïde. En ce qui concerne son orchite, le testicule a repris son volume normal, il n'est plus douloureux, l'épididyme est encore un peu induré, mais n'est plus douloureux.

Plus d'albumine dans l'urine.

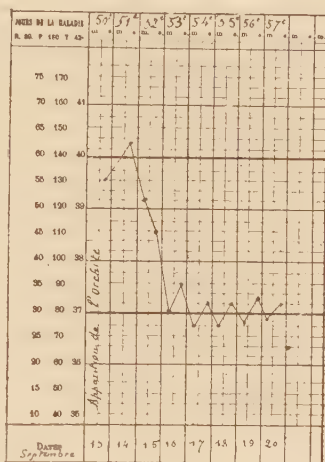


Figure 2. — Courbe d'orchite typhoïdique (obs. LX).

OBSERVATION LXI

(Personnelle)

G..., Henri, âgé de 25 ans, militaire, entre à l'hôpital de X. (Algérie), le 30 mai, pour embarras gastrique fébrile.

Sortie le 6 août.

Fièvre typhoïde à forme pulmonaire, cas moyen (fig. 3).

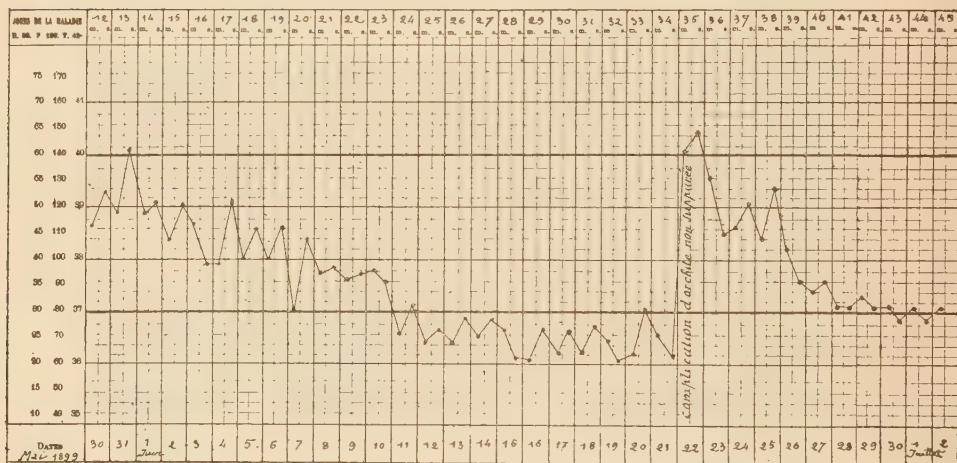


Figure 3. — Courbe d'orchite typhoïdique (obs. LXI).

Orchite non suppurée, survenue pendant la convalescence, au 36^{me}, jour de la maladie, et au 24^e de l'hospitalisation.

Testicule gauche augmenté de volume, dur, douloureux, pas de suppuration.

Résolution : 9 jours.

OBSERVATION LXII

(Personnelle)

B... Charles, âgé de 19 ans, soldat, entre à l'hôpital de X. (Algérie) le 7 juin pour embarras gastrique fébrile, sorti le 6 août.

Fièvre typhoïde à forme hyperthermique, ataxo-adynamique, cas très grave (fig. 4).

Pendant la maladie, abcès multiples sous l'aisselle, au bras, à la fesse.

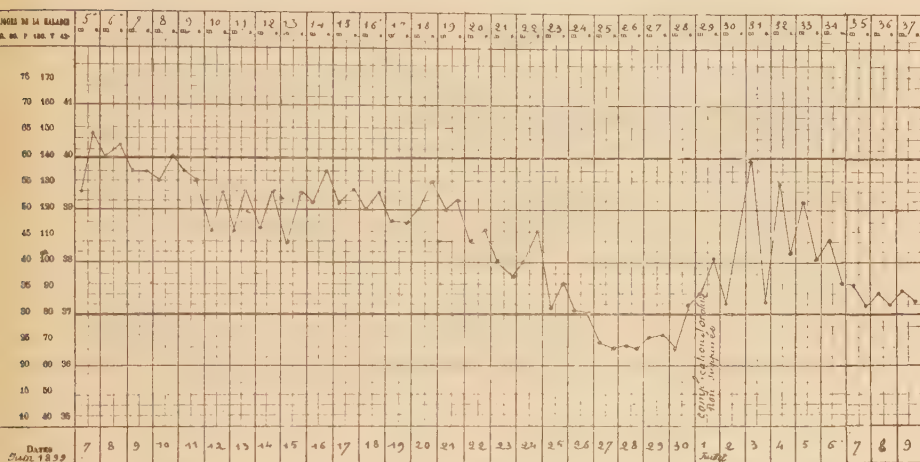


Figure 4. — Courbe d'orchite typhoïdique (obs. LXII).

Orchite non suppurée survenue au moment où le malade entrait en convalescence.

30^e jour de l'affection.

25^e jour de l'hospitalisation.

Mêmes caractères que la précédente.

Résolution beaucoup plus tardive : 17 jours.

OBSERVATION LXIII

(Personnelle)

D... Pierre, âgé de 22 ans, militaire, entre à l'hôpital le 14 août, sorti le 25 sep. Fièvre typhoïde à forme abdominale, cas moyen. Complication d'orchite au 28^e jour de la maladie et au 16^e de l'hospitalisation. Orchite non suppurée, comme dans les deux cas précédents.

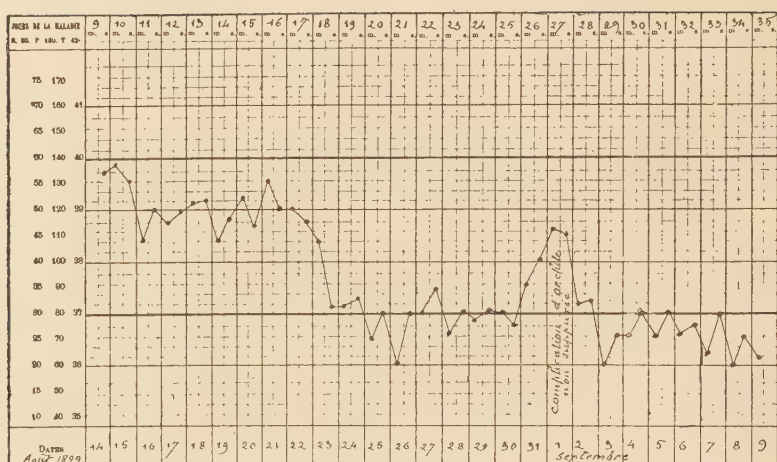


Figure 5. — Courbe d'orchite typhoïdique (obs. LXIII).

Testicule légèrement augmenté de volume, peu douloureux.
Résolution rapide : 7 jours (fig. 5).

OBSERVATION LXIV

(Personnelle).

Le nommé Georges R..., 29 ans, valet de chambre, entre le 18 décembre 1900 à l'hôpital Laënnec, salle Damaschino, lit 19, service de M. le docteur BARIÉ.

A son entrée, le malade se plaint d'un mal de tête siégeant à la région frontale, d'une courbature généralisée, de douleurs lombaires accentuées ; ces phénomènes ont paru pour la première fois le 15 décembre.

Antécédents héréditaires. — Père mort à 48 ans d'un « mal de tête » (?). Mère bien portante actuellement.

Antécédents collatéraux. — Deux sœurs mariées, très bien portantes.

Antécédents personnels. — Le malade exerce la profession de valet de chambre ; il est marié depuis deux mois.

Il y a 18 mois, en juin 1899, légère indisposition (céphalalgie, mal de gorge, courbature) nécessitant un repos de quatre jours.

Jamais de blennorragie. Pas de syphilis dans les antécédents du malade.

Etat actuel. — Samedi 15 décembre, dans l'après-midi, tout en faisant son travail, le malade est pris de frissons, d'une céphalée intense, de douleurs dans les jambes et d'anorexie; le soir, il se couche, après avoir pris pour toute nourriture un bol de bouillon.

Insomnie dans la nuit de samedi à dimanche.

Cependant, dimanche matin, le malade se sent assez bien pour reprendre son travail; mais, dans la soirée, il est repris de malaise et de courbature: il est obligé de s'aliter.

Lundi 17 décembre, le malade se purge; malgré cela, son mauvais état général persiste; l'anorexie est absolue, la soif vive.

Depuis la purgation, des douleurs dans le ventre et à la région précordiale ont apparu; elles existent encore au moment de l'entrée à l'hôpital.

Actuellement, 18 déc. — Le mal de tête est peu accentué; le sentiment de lassitude et de brisement constitue, avec l'insomnie et les douleurs intestinales, les symptômes prédominants.

Examen du malade. — Pouls 84 à la minute; température 39°8 le 17 au soir, 39°7 le 18 au matin. La main appliquée sur le corps perçoit une élévation notable de la température locale. Pas de vertiges; par instants, bourdonnements d'oreilles.

Langue sale, blanchâtre, rougeâtre à la pointe et sur les bords. Quelques douleurs épigastriques. Pas de vomissements; constipation; le malade n'a pas été à la selle depuis qu'il s'est purgé.

Pression douloureuse de la région épigastrique et abdominale; la douleur n'est pas nettement localisée. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Ventre en bateau, aucune éruption sur le corps.

L'appareil circulatoire ne présente rien à signaler, non plus du reste que l'appareil pulmonaire. Le malade ne tousse pas.

Les urines ne contiennent pas d'albumine.

La rate donne une matité de 10 cent. 5.

Le 20 déc. — Pouls dicrote: Température 40°. Le malade est baigné toutes les 3 heures.

Le 22 déc. — Langue humide, non saburrale.

Le 23 déc. — Le malade est prostré, la température est élevée ; elle a atteint 41° à une heure du matin. Les bruits du cœur sont mal frappés.

Prescription : Caféine 0,40 cent.

Le 26 déc. — Température 40°. La prostration est toujours très accentuée.

Séro-diagnostic positif.

Le 27 déc. — L'adynamie est moins marquée, la température n'est plus que de 38°5. Sur le pilier antérieur du voile du palais, on remarque une petite ulcération ovalaire à grand diamètre vertical et de couleur grisâtre. Le malade se plaint d'être très faible ; il a la sensation de défaillance cardiaque ; il croit « qu'il s'en va », qu'il va se trouver mal. L'auscultation du cœur permet de constater que le premier bruit est un peu atténué. La tension artérielle n'est que de 8.

Prescription : ergot de seigle 3 gr. en 4 paquets.

Le 28 déc. — Déferescence brusque 37°2 le matin ; mais depuis la veille au soir, vomissements verdâtres ; la nuit, le malade a été très abattu.

Le poulx est assez bien frappé : on compte 80 pulsations à la minute ; pourtant le premier bruit du cœur est toujours faible.

L'ulcération du voile du palais n'a pas changé d'aspect depuis hier.

Le ventre est rétracté en bateau. Sur le dos et sur le haut des bras, on constate une éruption de macules rosées qui s'effacent sous la pression du doigt.

Suppression de l'ergot de seigle, suppression des bains.

Le 29 déc. — La température remonte, la prostration est toujours très profonde. Les selles, de même que les vomissements, sont verdâtres.

On constate, à la pointe du cœur, que le bruit systolique est très faible.

Le 30 déc. — Le malade a eu des vomissements toute la nuit. Il se sent cependant un peu mieux.

Le 31 déc. — Il est moins abattu. L'état général est meilleur. Le poulx est mieux frappé ; le premier bruit du cœur plus claqué.

Le 2 janvier. — L'amélioration continue.

Le 4 janvier. — Douleurs dans les orteils, fourmillements, un peu d'hyperesthésie de la région. Douleurs erratiques. Bruits du cœur mieux perçus.

Le 7 janvier. — Les douleurs dans les orteils ont disparu. Par contre, le malade ressent des douleurs sourdes dans le testicule droit. Il est légèrement augmenté de volume. La température est normale (fig. 6).

L'épididyme est tuméfié. Le scrotum n'est ni rouge, ni tuméfié. Légère douleur le long du canal déférent.

On constate un certain empâtement de la portion inférieure du cordon. Pas d'adénopathie inguinale.

Le 10 janvier. — Aucun changement.

Le 12 janvier. — Induration totale de l'épididyme qui forme un gros bourrelet saillant, coiffant le testicule. *La douleur a son maximum d'intensité en arrière et en bas de la tumeur, dans le point qui correspond à la queue de l'épididyme. Elle est beaucoup moindre au niveau du point où se trouve le testicule.*

Le 18 janv. — Depuis deux ou trois jours, tuméfaction de la région parotidienne gauche, rouge, chaude, douloureuse.

Cette tuméfaction a commencé par un petit nodule au niveau de l'angle du maxillaire, aujourd'hui de la grosseur d'une noix. Pointes de feu.

L'épididyme forme toujours un gros bourrelet saillant, étalé, dur, mais n'est plus douloureux.

Le 20 janvier. — La tuméfaction parotidienne est plus étendue, elle descend assez bas sous le maxillaire, à ce niveau; la peau est rouge, très douloureuse. Pas de fluctuation.

Le 22 janvier. — La rougeur et l'empâtement ont augmenté dans la région parotidienne douloureuse. Dysphagie.

Le 23 janvier. — Incision à la cocaïne, en avant de l'apophyse mastoïde et en avant de la branche montante du maxillaire, incision qui n'amène pas de pus, mais seulement de la sérosité sanguinolente.

Le noyau de l'épididyme adimnué. Il est moins étalé sur le testicule.

Le 24 janvier. — Pansement de la région parotidienne. Il n'y a pas de pus.

Le 25 janvier. — Une pression exercée sur la tuméfaction parotidienne en fait sortir un peu de pus.

Le 26 janvier. — On agrandit l'incision. Du pus s'échappe en grande quantité.

L'examen bactériologique a montré que la suppuration était due à des microbes pyogènes, et non au bacille d'Eberth.

Le 1^{er} février. — Le malade est complètement rétabli.

Le 18 février. — L'épididyme est revenu à son état normal. Aucun point d'induration.

OBSERVATION LXV

(Personnelle).

X..., employé des postes, âgé de 31 ans, entré à l'hôpital Boucicaut, pavillon A, lit n° 3, dans le service de M. LETULLE.

La fièvre typhoïde, après avoir évolué normalement, fut suivie de 3 rechutes. A la fin de la 3^e, le malade fut pris de frissons suivis de fièvre. En même temps le malade éprouvait de la pesanteur dans le testicule droit qui était augmenté de volume et douloureux. L'épididyme était légèrement induré ; le scrotum était rouge, mais non oedématié.

Le malade guérit au bout de 8 jours ; à sa sortie, il ne restait plus trace de l'inflammation.

Il est noté dans l'observation que le malade *n'avait pas d'antécédents vénériens*.

CONCLUSIONS

I. — L'orchite, ou l'épididymite, ou encore les inflammations simultanées du testicule et de l'épididyme, constituent une localisation, plutôt rare, que l'on peut observer au cours de la fièvre typhoïde.

Quand elle se produit, cette localisation survient généralement pendant la convalescence, attaque l'un ou l'autre côté et se termine d'ordinaire par résolution, après une durée moyenne de 8 à 10 jours. On peut observer cependant l'atrophie de l'organe ou des organes affectés, atrophie consécutive à la suppuration et à la destruction du parenchyme.

II. — L'apparition de cette complication n'a aucune relation avec la gravité de l'affection primitive.

Elle survient surtout de 16 à 30 ans.

III. — Elle semble, dans beaucoup de cas, consécutive à une infection par les bacilles typhiques suivant la voie sanguine. Elle se produirait dans ce cas pendant la convalescence parce qu'il y aurait à ce moment réveil de la vitalité génitale, entraînant la congestion de l'organe.

Il ne faut pas exclure entièrement de la *pathogénie* la possibilité d'une infection par continuité, remontant de l'urètre postérieur jusqu'au testicule. Cette infection serait produite, soit par les bacilles typhiques, soit par d'autres micro-organismes.

On ne doit pas non plus rejeter la théorie de WIDAL père qui considérerait l'orchite typhoïdique comme une véritable phlegmatia alba dolens des veines spermatiques.

Ces trois groupes pathogéniques méritent d'être conservés jusqu'à plus ample informé.

IV. — La *bactériologie* montre que l'inflammation testiculaire est produite tantôt par l'agent spécifique de la dothiéntérie, tantôt par les microbes d'infections secondaires, tantôt peut-être par les toxines sécrétées par les uns ou par les autres.

V. — L'étude *anatomo-pathologique* est encore à faire; dans un cas, il s'agissait d'une orchite parenchymateuse; dans un autre, d'une épididymite interstitielle.

Le testicule est généralement pris le premier et souvent seul; mais quelquefois l'inflammation porte d'abord et seulement sur l'épididyme.

VI. — Cette complication est dénoncée par une élévation de la température et, localement, par de la douleur et du gonflement des parties malades.

VII. — Le *pronostic* de cette inflammation n'est pas grave *quoad vitam*, mais cette orchite peut compromettre la fonction de la glande.

VIII. — Le *traitement* ne diffère en rien du traitement des autres orchites. Les règles de l'hygiène bien observées pendant la convalescence de la fièvre typhoïde pourraient peut-être, dans certains cas, empêcher l'apparition de cette complication.

Vu : *Le Président de la thèse* :

P. LANDOUZY.

Vu : *Le Doyen* :

BROUARDEL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

GRÉARD.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Historique.....	10
CHAPITRE II. — Etiologie.....	34
CHAPITRE III. — Bactériologie.....	44
CHAPITRE IV. — Pathogénie.....	48
CHAPITRE V. — Anatomie pathologique.....	63
CHAPITRE VI. — Symptômes et Marche.....	68
CHAPITRE VII. — Diagnostic, Pronostic et Traitement.....	75
CHAPITRE VIII. — Observations.....	81
CONCLUSIONS.....	150

